Rok LII. Kraków, dnia 12. kwietnia 1913. Nr 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Nowotwory łagodne w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach.

Studyum kliniczne

Napisał

Dr Jan Sędziak (Warszawa).

Historya.

Już w papyrusach starych Egipcyan znajdujemy względnie nieźle opisane polipy w górnych drogach oddechowych [1]). Również u starożytnych Żydów, mianowicie w księgach ich zakonu, wyraźnie jest mowa o polipach nosa, jako podstawie do rozwodu.

Prawdopodobnie król perski Cyrus cierpiał na polipy nosa, przyczem dla leczenia wzywał podobno lekarzy z Egiptu.

Następnie w pracach szkoły Asklepiadejskiej, mianowicie u najsłynniejszego jej przedstawiciela, Hippokratesa, znajdujemy już dokładny opis polipów nosa, ich klasyfikacyę, oraz różnorodne metody leczenia, (wyrywanie, ścieranie gąbką, wycinanie w razie potrzeby zapomocą rozszczepienia nosa, wreszcie użycie rozpalonego żelaza). Wogóle należy zaznaczyć, że autor ten po raz pierwszy użył terminu »polipy« w sensie łagodnych guzów nosa, co się utrzymało do ostatnich czasów (M. Mackenzie, Hoppmann, P. Heymann). Rozpalone żelazo, oraz środki żrące zalecał też w polipach usznych Scribenius Largus [2]).

Wzmianki o nowotworach w górnych drogach oddechowych znajdujemy również u Celsusa, oraz Araeteusa, przedstawiciela szkoły Aleksandryjskiej, która wydała słynnego Galena. Galen stara się nazwę »polip« objaśnić podobieństwem do mięsa polipa morskiego. Zaleca on szczególnie zniszczenie polipów nosa zapomocą wysychających środków, których również używa dla zniszczenia korzenia po operacyjnem leczeniu polipów. Aetius z Amidy w zbiorowem swojem dziele podał oryginalny rozdział o polipach usznych.

Specyalnie operacyjnem (krwawem) leczeniem polipów nosowych zajmował się Paulus z Aeginy, autor wielu narzędzi, między innymi skrobaczki polipowej.

Arabscy lekarze, jak wiadomo, obawiający się noża, starali się usuwać polipy nosa najchętniej na drodze bezkrwawej, jakkolwiek i oni stosowali niekiedy wyrywanie i wycinanie, jakoteż wypalanie żelazem rozpalonem.

Niektórzy z nich (Abulcasem i Mesuë) stosowali żelazo rozpalone jednocześnie i na czole pod postacią 3 bruzd; miało to jakoby przeciwdziałać powrotom polipów, która to wiara utrzymywała się do XV wieku wśród włoskich lekarzy (Rolandus z Parmy). Guilelmus Placentimus z Medyolanu, zwany powszechnie Wilhelmem z Saliceto, żyjący w wieku XIII, pierwszy jakoby według M. Mackenziego i Sprengla, (według zaś innych, np. Herstera, był pierwszym wyżej wspomniany arabski lekarz Abulcasem) opisał i zastosował kleszcze do operacyi polipów nosa. Autor ten również usuwał polipy uszne przez ściśnięcie nitką jedwabną lub włosem końskim.

W wieku XIV Guy de Chauliac, najsławniejszy ówczesny chirurg francuski, który pierwszy zastosował wzierniki do nosa i uszu, podaje następujący sposób operowania polipów usznych: wyciągnięcie haczykiem, odcięcie nożem lub nitką i przyżeganie szypułki.

W XVI wieku Fallopia z Modeny, odkrywca kanału ochrzczonego jego nazwiskiem (canalis Fallopiae), przypalał polipy uszne kwasem siarczanym po uprzedniem wprowadzeniu do przewodu słuchowego zewnętrznego rurki ołowianej, dochodzącej do guza.

Również Fabricius Hildanus na schyłku XVI i początku XVII wieku w książce swojej »Observationum et curationum chirurgicorum centuriae« podaje wiele ciekawych spostrzeżeń o polipach usznych.

W XVII i XVIII wieku sprawa polipów nosowych, a zwłaszcza ich leczenie operacyjne posunęły się znacznie naprzód; prawie każdy chirurg podawał swoje własne w tym celu narzędzie, bądź nożyczki (Fabricius ab Aquapendente), bądź kleszcze (Dionis), bądź wreszcie w ostatnich czasach pętle (Levret, Desault, francuscy chirurgowie, oraz Coderick, lekarz belgijski). Coderick w r. 1750 po raz pierwszy usunął polipa z gardła zapomocą swojego pomysłu pętli.

Pierwszy opis pętli do wycięcia polipów nosa podał w r. 1805 William Robertson, zaś usznych Wilde (1846).

W pierwszej wyczerpującej monografii o chorobach

---

[1]) Heymann i Kronenberg. »Geschichte der Laryngologie u. Rhinologie« w Heymanna Handbuch d. Lar. u. Rhin. 1898 I. 73, I. n.

[2]) Heiman. »Krótki rys otyatryi«, Warszawa 1912 r.

krtani, mianowicie Alberta z Bonn z r. 1829, znajduje się rozdział o guzach krtani. Autor ten pierwszy operował polipy nosa pod kontrolą wziernika nosowego; niestety i on używał w tym celu kleszczy. Również w pierwszej monografii o chorobach nosa z r. 1804 przez Dechamps syna, autor ten szczegółowo traktuje o polipach jam bocznych nosa, jako o rzeczy dobrze znanej.

Meissner w r. 1820 w wyczerpującej monografii pod tytułem »Ueber die Polypen in den verschiedenen Höhlen des menschlichen Körpers« (Leipzig) poświęca oddzielny rozdział polipom nosa. Guzami jamy nosowogardłowej, zwłaszcza ich leczeniem operacyjnem aż do pierwszej połowy wieku XIX zajmowali się przedewszystkiem chirurgowie, podając różne metody (Nelaton, Syme, Dieffenbach, Langenbeck i inni).

W roku 1844 Ehrmann, profesor w Strassburgu, pierwszy zastosował przecięcie krtani z powodu guza krtani, zaś w r. 1852 pierwszy Horace Green, profesor w New-Yorku, endolaryngealnie usunął w 2 przypadkach polipy krtaniowe (w pierwszym u dorosłego przez wytarcie gąbką, w drugim u dziecka nożem guziczkowatym po silnem wyciągnięciu języka). Tak stały rzeczy do wiekopomnego odkrycia laryngoskopu w r. 1858 przez Türcka i Czermaka, oraz rynoskopu przez Czermaka w r. 1859, wcześniej zaś (1855) lustra usznego przez Troeltscha, wreszcie w ostatnich czasach (1897 r.) tracheobronchoskopu przez Killiana, jakoteż do wprowadzenia w r. 1884 do rynolaryngochirurgii kokainy przez Jellinka, ówczesnego asystenta prof. Schroettera w Wiedniu, które dopiero umożliwiły zarówno rozpoznanie, jakoteż i leczenie, zwłaszcza operacyjne, gugów górnego odcinka dróg oddechowych, oraz uszu.

Tak więc już w r. 1859 Czermak poraz pierwszy rozpoznał przy pomocy lusterka krtaniowego mały polipek na strunie krtaniowej, zaś w r. 1866 wyszło pierwsze klasyczne dzieło Türcka wraz z atlasem (»Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre«), zawierające między innymi dokładny opis, oraz leczenie operacyjne guzów łagodnych krtani.

Jakkolwiek już Czermak wpadł na myśl wycięcia polipa krtani na drodze endolaryngealnej, zaś Lewin z Berlina (a także Lindwurm przez niego przytoczony »Ueber Neubildungen namentlich Polypen des Kehlkopfes« 1862), zapomocą kleszczykowych narzędzi wycinał jakoby kawałki polipa krtaniowego, roszcząc sobie, niesłusznie zresztą, pierwszeństwo do tej operacyi, to jednak niezaprzeczenie jest to zasługą Victora Brunsa, który u swojego brata poraz pierwszy doszczętnie usunął polipa krtani w r. 1862 (»Die erste Ausrottung eines Polypen in der Kehlkopfhöhle durch Zerschneiden etc. Tübingen).

Pomimo, że jeszcze Moura, jeden z pierwszych we Francyi uczniów Czermaka, zapatrywał się sceptycznie na zabiegi endolaryngealne w polipach krtani (»Considérations pratiques sur les polypes du larynx.« — Gaz. des hôp. 1863), zaś w roku 1861 Rühle z Berlina w swoim podręczniku chorób krtani uważał wszelkie guzy krtaniowe, nawet t. zw. łagodne, za złośliwe i jako takie nie nadające się do operacyi, coś w rodzaju »noli me tangere«, pomimo to dzięki wyżej wspomnianym odkryciom Türcka, Czermaka, Troeltscha, oraz Killiana i Jellinka leczenie operacyjne nowotworów w górnych drogach oddechowych oraz w uszach stało się jednem z najwdzięczniejszych zadań laryngo-ryno-otologii.

Wogóle literatura, dotycząca guzów łagodnych w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach, dosięgła w ostatnich czasach niebywałych rozmiarów; dotyczy to jednakże przedewszystkiem prac kazuistycznych, prac większych natomiast monograficznych dotąd nie posiadamy zbyt wiele; wyszły one przedewszystkiem w języku niemieckim (Heymann »Die gutartigen Geschwülste der Nase« 1899, Mikulicz »Die Neubildungen des Rachens und des Nasenrachenraumes«, 1899, Jurasz »Die Neubildungen des Kehlkopfes« 1900, Bruns »Die Neubildungen der Luftröhre« 1898 — wszystkie w Heymanna Handbuch der Laryng. u. Rhin., oraz Kuhna »Die Neubildungen des Ohres« 1893 w Schwartzego Handbuch der Ohrenheilkunde).

W naszej literaturze posiadamy tylko 3 większe prace, traktujące o nowotworach łagodnych w górnych drogach oddechowych, a mianowicie: Helmanna »Obecny stan wiedzy o guzach nosogardzielowych oraz przyczynek do kazuistyki omawianych guzów«. Czasop. lek. 1908, Kijewskiego i Wróblewskiego »Kilka uwag w kwestyi operowania guzów jamy nosogardzielowej«, Gaz. lek. 1893, wreszcie A. Sokołowskiego (Przyczynek do leczenia operacyjnego polipów krtaniowych r. 1888), oraz Świeżyńskiego (Przyczynek do anatomii patologicznej polipów krtaniowych, Gaz. lek. 1897 p. 141).

Poza tem istnieje cały szereg prac kazuistycznych, które szczegółowo podam w końcu niniejszej pracy (w porządku chronologicznym).

W ciągu lat 23, t. j. od powrotu mojego ze studyów na klinikach zagranicznych, na ogólną liczbę około 27.500 chorych w mojej prywatnej i leczniczej praktyce, spostrzegałem ogółem guzów łagodnych w górnych drogach oddechowych, oraz w uszach 1790 przypadków, co stanowi przeszło 15%.

Z tego na jamy nosowe »sensu strictiori« przypada 1143 przypadków, na jamę nosowogardłową 68, na jamę ustną i gardło 215, krtań 149, wreszcie na uszy 215 przypadków.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z Sanatoryum dla chorób piersiowych w Zakopanem.

Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro

(na mocy 500 własnych spostrzeżeń)

napisali

Dr Kazimierz Dłuski i **Dr Stefan Rudzki**
Dyrektor Sanatoryum I. asystent.

(Ciąg dalszy, ob. Nr 13).

Powstaje teraz ważne pytanie, dlaczego nie wszyscy chorzy na gruźlicę oddziałują na próby tuberkulinowe, — w tym przypadku na maść Moro.

Sam wynalazca odczynu skórnego otrzymał 17%

ujemnych wyników w jawnej gruźlicy. Objaśnia on je wycieńczeniem, ciężkim stanem chorych z daleko posuniętą gruźlicą, a zwłaszcza groźnemi powikłaniami, jak gruźlicze zapalenie opon (57% nie oddziaływało) oraz gruźlica prosówkowa (71% bez odczynu). W 5% jednak Moro nie mógł znaleźć żadnej widocznej przyczyny dla objaśnienia ujemnego odczynu.

Bullinger otrzymywał ujemny wynik »u starszych ludzi z zanikiem skóry«; powtórne — silniejsze i dłuższe wcieranie maści dawało dodatnie wyniki.

Większość autorów podkreśla, że odczyn nie występuje u ludzi bardzo wycieńczonych, różne jednak dają temu objaśnienia: jedni sądzą, że właściwości skóry zanikłej, suchej, wchodzą tu w grę, inni wyprowadzają wniosek, ujęty przez Wetzla, że ujemny wynik w ostatnich okresach gruźlicy, to tylko »objaw osłabienia i wyczerpania, analogiczny do małych podniesień ciepłoty u starych słabych ludzi, pomimo ciężkich spraw gorączkowych«. Teoretycznie jednak, jak twierdzi i Wetzell, »niema dotąd zadowalniającego wyjaśnienia«, dlaczego w III. okresie gruźlicy wynik prób tuberkulinowych bywa ujemny.

Przytoczeni przez Wetzla Blümel i Clarus sądzą, że w tych przypadkach wskutek przyzwyczajenia powstała pewna odporność na jady (Giftfestigkeit), wskutek czego ustrój nie oddziałuje więcej na podrażnienia toksyczne.

Citron przypuszcza istnienie wolnych niweczników we krwi i sądzi, że u chorych w III. okresie gruźlicy jest ich tyle, że chwytają one i zobojętniają natychmiast wszystkie wchodzące toksyny.

Chcąc wyświetlić tę sprawę z punktu widzenia klinicznego, poddaliśmy szczegółowemu rozbiorowi 145 przypadków naszych z wynikiem ujemnym, które w stosunku do ogólnej liczby 500 chorych wynoszą 29%. Według wieku mieliśmy: u dzieci do 15 lat 2 wyniki ujemne (czyli 14%), u młodych ludzi w wieku 15—20 l. — 21 przypadków (czyli 28%), u dorosłych od 21 do 50 l. — 111 przypadków (również 28%) i wreszcie u starych ludzi powyżej 50 l. u 11 osób (69%).

Już z tego zestawienia widać, że wiek odgrywa niewątpliwą rolę i że ujemny wynik próby Moro zdarza się najczęściej u osób starych, dotkniętych gruźlicą.

Według okresów chorzy ci dzielili się w następujący sposób:

I okres Turbana	— 58	przypadków	= 22.5%
II » »	— 55	»	= 35%
III » »	— 32	»	= 37%

(Odsetki od ogólnej liczby chorych każdego okresu).

Tak tedy najwięcej stosunkowo ujemnych wyników mamy u ciężko chorych z gruźlicą w III. okresie, najmniej u lekko chorych.

W celu określenia p r z y c z y n y u j e m n e g o w y n i k u próby Moro poddaliśmy analizie każdy poszczególny przypadek. Zgrupować je można, jak następuje: U 18 chorych bardzo ciężki stan ogólny przy wielkich zmianach w płucach i przeszło w połowie przypadków — przy powikłaniach ze strony innych narządów (nerki w 4 przypadkach, krtań w 4, jelita w 6, opony mózgowe — 1).

Zaznaczyć tu należy, że chorzy ci, pomimo ciężkiego zakażenia gruźliczego, nieraz byli dobrze odżywieni, właściwości więc skóry odgrywały tu rolę podrzędną (brak zaniku).

W 47 przypadkach stwierdzić mogliśmy wielkie zmiany w płucach o niepewnem rokowaniu i niepomyślnym przebiegu klinicznym.

U 33 chorych cierpienie płucne nie było daleko posunięte, lecz ogólna odporność słaba (uporczywe stany podgorączkowe, mały przybytek na wadze, mierne samopoczucie przez cały czas obserwacyi i t. d.); być może, iż w wielu z tych przypadków zajęte były gruczoły śródpiersia.

W 11 przypadkach mieliśmy w płucach sprawę półczynną lub nieczynną — wyleczoną.

U 6 chorych — jedynie podeszłym wiekiem objaśnić mogliśmy brak odczynu tuberkulinowego (1—56 l., 3 po 58 l., 1—64 l. i 1—67 l.).

I tu jednak odżywienie u wszystkich prawie było dobre i skóra nie była w stanie zaniku.

Ciekawą rubrykę stanowi 6 chorych, u których według analogii z innymi podobnymi osobnikami gruźliczymi powinienby odczyn być dodatni, a którzy nie oddziaływali prawdopodobnie tylko z tego powodu, że jednocześnie wstrzykiwano im tuberkulinę (TBK) pod skórę. Do sprawy tej wrócimy jeszcze później.

Wreszcie w 24 przypadkach nie mogliśmy znaleźć żadnego objaśnienia dla ujemnego odczynu. Stanowi to 16% ogólnej liczby ujemnych wyników.

Już powyższe zestawienie daje dużo do myślenia o znaczeniu próby Moro dla r o k o w a n i a w gruźlicy. Chcąc wyświetlić tę sprawę, staraliśmy się w każdym z naszych 500 przypadków dać odpowiedzi na następujące pytania: Jakie było rokowanie kliniczne w chwili wykonania odczynu, jak wypadł odczyn tuberkulinowy Moro, jaki był dalszy przebieg cierpienia i czy odpowiadał on naszym pierwotnym przypuszczeniom, czy też próba Moro rzuciła odrębne światło na rokowanie.

Z klinicznego punktu widzenia określaliśmy rokowanie, jako dobre, względne lub złe. Wyniki leczenia zestawiliśmy podług następujących grup: poprawa bardzo znaczna, znaczna lub względna, stan bez zmiany, pogorszenie.

Otóż słaby (Nr I) odczyn Moro wypadł w 266 przypadkach. Z nich rokowanie kliniczne było dobre w 151 przypadkach (57%), względne w 115 przypadkach (43%); złego rokowania nie mogliśmy przypuszczać w żadnym przypadku. Wyniki otrzymaliśmy następujące: bardzo znaczna poprawa w 5 przypadkach, znaczna poprawa w 140 (razem 54%), względna poprawa u 102 chorych (38%), stan bez zmiany u 15 (6%), pogorszenie u 4 (2%). Kliniczne tedy rokowanie w tych przypadkach, słabo oddziałujących na maść tuberkulinową, zgadzało się w ogólnych zarysach z otrzymanymi wynikami leczenia, a przeważali tu chorzy z dobrem rokowaniem.

Średni stopień odczynu Moro (Nr 2) mieliśmy u 68 chorych: w tej liczbie u 37 (54%) rokowanie kliniczne było dobre, u 31 (46%) względne. Wyniki leczenia były następujące: bardzo znaczna poprawa u 43 (razem 68%), względna poprawa w 16 przypadkach (24%); stan pozostał bez zmiany u 4 chorych (6%), w jednym przypadku nastąpiło pogorszenie (1%) i w jednym zejście śmiertelne (1%). Znaczna tedy poprawa u chorych ze średnim odczy-

nem Moro występowała o wiele częściej (68%), niż można było przypuszczać klinicznie (54%).

Jeszcze jaskrawsze są wyniki przy silnym odczynie Moro: na 21 przypadków rokowanie kliniczne było dobre 12 razy (57%), względne u 9 chorych (43%).

Natomiast przebieg wykazał bardzo znaczną poprawę u dwóch chorych, znaczne polepszenie u 15 (razem 81%), względną poprawę w 2 przypadkach (9½%) i pogorszenie również u 2 chorych (9½%). Tak więc niestosunek pomiędzy dobrem rokowaniem klinicznem (57%) a otrzymaną znaczną poprawą (81%) jest tu jeszcze większy, niż w poprzedniej grupie.

Z powyższego zestawienia widać, iż — niezależnie od okresu gruźlicy — rokowanie jest tem lepsze, im silniej występuje odczyn tuberkulinowy Moro. Co więcej, widzimy, iż kliniczne rokowanie, oparte na zwykłych przesłankach, daje mniej pewne wyniki i próba Moro jest pożytecznem uzupełnieniem badania i spostrzegania klinicznego.

Przytoczyć tu możemy kilka ciekawych przykładów, ilustrujących znaczenie odczynu Moro dla rokowania:

1) Adam K., 18 l., przybył do sanatoryum 24. VII. 1909 z jamą w prawym górnym płacie od szczytu do III. żebra i naciekiem dużym w lewym szczycie. Rokowanie bardzo wątpliwe. Moro + Nr 3 12. XI. 1909. Chory opuścił zakład 19. XI. 1909 po 119 dniach pobytu z nadzwyczajną poprawą: jama zmniejszyła się, pozostały tylko ślady rzężeń w prawym szczycie.

2) Helena C. 47. l., przybyła 29. IX. 1909: naciek całego prawego płuca, w X—XI 1909 rozpad w środkowym płacie prawego płuca. Gorączka do 39.5, średnio około 38·5 przez 6 miesięcy. Rokowanie niepomyślne. Moro Nr 2 25. IV. 1910 pomimo wstrzykiwania TBk od 14. II. 1910. Ciepłota od marca 1910 czasami tylko podgorączkowa (do 37·4). Chora opuściła zakład 10. VII. 1910 po 286 dniach pobytu ze znaczną poprawą: przybytek na wadze = 7,1 kg, w prawem płucu jama zabliźniła się, pozostało bardzo mało rzężeń tylko w dolnym płacie.

3) Michalina O., 23 l., przybyła 9. XI. 1909. Wycieńczenie wybitne. W obu szczytach wyraźne nacieki. Stany podgorączkowe do 37·5. Rokowanie wątpliwe. 15. XI. 1909. Moro + Nr 3. Chora opuściła zakład 31. III. 1910 po 143 dniach pobytu z bardzo znaczną poprawą: przybytek na wadze = 13·5 kg, ciepłota prawidłowa, w szczytach pozostało nieznaczne skrócenie odgłosu opukowego z lewej strony, rzężenia znikły.

4) Michał K., 16 l., przybył 4. V. 1911 ze znacznem wycieńczeniem. W prawym górnym płacie duży naciek z jamą w I—II międzyżebrzu, w lewym górnym płacie rozpadający się naciek. Ciepłota do 38.0. Rokowanie niepomyślne. 6. VII. 1911 Moro + Nr 3. Chory wyjechał 29. VIII. 1911 po 118 dniach pobytu ze znaczną poprawą: przybytek na wadze = 4·3 kg, ciepłota od połowy sierpnia prawidłowa; rozpad powstrzymał się, pozostało bardzo mało rzężeń w obu szczytach.

5) Wincenty M., 25 l., przybył 18. VI. 1911. Duży naciek w lewym górnym płacie i mniejszy w prawym szczycie; gruźlica krtani z owrzodzeniem na lewej chrząstce nalewkowatej. Ciepłota do 37·5. Rokowanie wątpliwe. 5. VII. 1911 Moro + Nr 3. Chory wyjechał 6. XI. 1911 po 142 dniach pobytu ze znaczną poprawą: przybytek na wadze = 10·3 kg, ciepłota prawidłowa. Krtań wygojona. W płucach pozostało przytłumienie w lewym szczycie i ślady rzężeń tylko nad lewym grzebieniem.

6) Władysława A. 20 l., przybyła 9. VII. 1911 z dużym naciekiem całego górnego płatu lewego płuca (w III. międzyżebrzu jama), oraz niewielkim naciekiem prawego szczytu. Wycieńczenie mierne. Ciepłota do 37·4. W sierpniu przez 3 tygodnie lewostronne suche zapalenie opłucnej z ciepłotą do 39·5 i ogólnym ciężkim stanem (nieprzytomność, bredzenie); później przez miesiąc stałe stany podgorączkowe (do 37.5). Rokowanie wątpliwe. 28. XI. 1911 Moro + Nr 2. Chora opuściła zakład 9. XII. 1911 po 154 dniach pobytu ze znaczną poprawą: przybytek na wadze = 8·7 kg; ciepłota prawidłowa; jama z lewej strony zmniejszyła się. Rzężeń ślady tylko nad prawym obojczykiem.

We wszystkich tych przypadkach zmiany w płucach były duże, rokowanie kliniczne niepomyślne lub wątpliwe. Odczyn Moro wypadł jednak bardzo wybitnie i chorzy rzeczywiście uzyskali znaczną poprawę zdrowia.

Niemniej ważny dla rokowania jest ujemny wynik odczynu Moro.

Na 145 przypadków tej kategoryi rokowanie kliniczne było dobre tylko u 52 chorych (36%), względne w 82 przypadkach (56%), jako złe zaś musieliśmy rokowanie określić 11 razy (8%). Wyniki leczenia były następujące: bardzo znaczna poprawa u jednego chorego, znaczne polepszenie u 57 (razem 40%), względna poprawa u 58 (40%), stan bez zmiany u 25 chorych (17%), pogorszenie u 3 (2%), śmierć w 1 przypadku (1%).

Tak więc widzimy, iż ujemny odczyn Moro był w przypadkach, dających gorsze rokowanie kliniczne (wybitna przewaga względnego rokowania nad dobrem, złe rokowanie w szeregu przypadków); wyniki leczenia potwierdziły przypuszczenia z góry powzięte i wykazały daleko mniejszy odsetek znacznej poprawy (40%), niż w jakiejkolwiek innej kategoryi wyżej rozpatrzonej.

Znaczenie ujemnego odczynu Moro ilustrujemy również kilku przykładami klinicznymi:

1) Natalia L., 16 l., przybyła 2. IV. 1910 z jamą w prawym górnym płacie i niewielkim naciekiem w lewym szczycie. Pomimo względnej poprawy w płucach i stałego braku gorączki odczyn Moro ujemny 8. VI. 1910. W końcu czerwca i w lipcu szybki spadek wagi, powstanie nowego ogniska w dolnym płacie prawego płuca. 1. VIII. 1910 opuściła zakład z pogorszeniem, 22. XII. 1910 w domu zmarła.

2) Mikołaj B., 10 l., przybył 5. VII. 1910. Odżywienie upośledzone. W szczytach, zwłaszcza w lewym, znaczne zmiany opukowe i oddechowe bez rzężeń. Gruźlica kości lewego przedramienia. Ciepłota do 39·0, pomimo ciężkiego zrazu stanu po miesiącu pobytu nastąpiła w płucach wyraźna poprawa, ciepłota nieco obniżyła się, przybytek na wadze = 0,4 kg. Jednakże odczyn Moro 7. VIII. 1910 ujemny. W 3 tygodnie potem, 27. VIII. 1910, śmierć na gruźlicze zapalenie opon.

3) Antoni S., 42 l., powtórnie przybył do sanatoryum 1. III. 1910. W obu szczytach, głównie w prawym, nacieki ze skłonnością do rozpadu z prawej strony. Częste krwioplucia. Stany podgorączkowe. Pomimo to stan ogólny i miejscowy zaczął się poprawiać. Odczyn Moro jednak 2. V. 1910 ujemny. 3. VI. 1910 chory opuścił zakład po 95 dniach leczenia ze znaczną poprawą. 25. VIII. powraca: poprawa w płucach utrzymuje się. Po 120 dniach leczenia chory znów wyjeżdża 22. XII. 1910 ze względnem polepszeniem. 29. I. 1911 poraz czwarty przyjeżdża do sanatoryum: w płucach niema pogorszenia, natomiast wystąpiły objawy gruźlicy nerek. Po 56 dniach chory wyjechał do domu 25. III. 1911 i w niespełna miesiąc potem zmarł.

4) Michał K., 45 l., przybył do zakładu 20. X. 1911 z niewielkimi naciekami w obu szczytach; stany podgorączkowe. Pomimo obniżenia się ciepłoty i przybytku na wadze 3·5 kg w ciągu miesiąca, odczyn Moro 28. XI 1911 ujemny. W tymże czasie w lewej pasze wykazano nowe

ognisko, które zaczęło szybko powiększać się i rozpadać. 30. XII. 1911 chory wyjechał z pogorszeniem po 72 dniach pobytu.

We wszystkich tych przypadkach pomimo poprawy w stanie chorych, odczyn Moro wypadał ujemnie i dalsza obserwacya stwierdzała powstawanie nowych ognisk gruźliczych bądź to w płucach, badź w innych narządach z zejściem niepomyślnem.

Zestawiając tedy w poglądowej tablicy liczby, otrzymane przy analizie wszystkich stopni próby Moro, otrzymamy następujące wyniki:

Odczyn Moro.

	Ujemny	Dodatni Nr 1	Dodatni Nr 2	Dodatni Nr 3
Rokowanie kliniczne:				
dobre	36%	57%	54%	57%
względne	56%	43%	46%	43%
złe	8%	—	—	—
Wyniki leczenia:				
znaczna poprawa	**40%**	**54%**	**68%**	**81%**
względna poprawa	40%	38%	24%	9½%
bez zmiany	17%	6%	6%	—
pogorszenie	2%	2%	1%	9½%
śmierć	1%	—	1%	—

Widzimy tu prosty stosunek pomiędzy stopniem odczynu a rokowaniem (oczywiście nie w każdym poszczególnym przypadku, lecz wogóle).

Bezstronny tedy rozbiór naszego materyału klinicznego pozwala nam dojść do wniosku, iż próba z maścią tuberkulinową ma niewątpliwe znaczenie prognostyczne i że im odczyn Moro jest silniejszy, tem rokowanie jest lepsze.

Zdania innych autorów w tym względzie są dość podzielone:

Moro wspomina tylko, że ujemny odczyn przemawia za niebezpiecznem uogólnieniem sprawy gruźliczej lub szczęśliwem zejściem w zupełne wyleczenie: »in Anbetracht dessen ist eine prognostische Verwertung der Reaktion nicht angängig« [17]).

Z innych autorów Emmerich i Monti — niezależnie jeden od drugiego — stwierdzają, iż niewystąpienie odczynu Moro przemawia za postępującą gruźlicą i że w daleko posuniętych przypadkach choroby próba Moro wcześniej zawodzi, niż inne odczyny tuberkulinowe.

Wetzell wreszcie dochodzi do wniosku, iż ujemny wynik przy pewnej gruźlicy daje rokowanie niepomyślne.

Zdania powyższych autorów nie stoją tedy w sprzeczności z naszymi poglądami wyżej wypowiedzianymi, lecz są mniej kategoryczne od nasuwających się z rozbioru naszego materyału.

[17]) Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 247.

Dotkniemy tu jeszcze jednego ważnego pytania, któremu mało uwagi poświęcono w piśmiennictwie, a mianowicie: jak się zachowuje ustrój przy powtórnych wcieraniach maści tuberkulinowej.

Na sprawę tę, zawiłą i ciekawą zarówno pod względem klinicznym, jak i teoretycznym, postaramy się rzucić światło na podstawie własnego materyału.

Z ogólnej liczby 500 chorych u 61 wykonaliśmy próbę Moro dwukrotnie, u 7 trzykrotnie i u jednego cztery razy.

Powtarzając próbę Moro u tego samego osobnika, trzymaliśmy się dwóch zasad: 1) robić przerwę pomiędzy wcieraniami nie krótszą, niż czterotygodniową; 2) wybierać dla powtórnego wcierania maści inne miejsce, niż za pierwszym razem.

W razie prędkiego powtórzenia próby Moro spotkać się można z zarzutem, iż ewentualny dodatni odczyn nie świadczy o istnieniu ogniska gruźliczego w danym ustroju, lecz, że otrzymaliśmy wprost odczyn na tuberkulinę, poprzednio wprowadzoną do ustroju z zewnątrz.

Możliwe też jest sztuczne wzmożenie następnego odczynu, jak to miewali Heineman i Emmerich, którzy po odczynie W. Eisnera, wzgl. Pirqueta, wkrótce robili wcierania maści Moro.

To też u naszych chorych tylko w jednym przypadku powtórzyliśmy próbę z maścią tuberkulinową po 9 dniach, raz po 3 tygodniach, poza tem po upływie miesiąca 1 raz. po 5 tygodniach 2, po 6 tyg. 2, po 7 tyg. 8 razy, po 2 mies. 8 razy, po 3 mies. 12 razy, po 4 mies. 6 razy, po 5 mies. 5, po 6 mies. 1, po 9 mies. 2 razy, po 11 mies. 2 razy, po roku 4 razy, po 13 mies. 1 raz, po 14 mies. 1 raz i wreszcie po 16 mies. 1 raz.

Zmienialiśmy również, jak już wyżej zaznaczono, miejsce wcierania, gdyż (wedle Kanitza), »miejscowe działanie odczynu nie ustaje po jego zniknięciu, lecz tuberkulina wywołuje na miejscu zastosowania zmiany, które długo trwają i nadają tkankom swoistą nadczułość, zupełnie tak, jak to bywa przy rzeczywistych ogniskach gruźliczych«.

Wyniki, przez nas otrzymane przy powtórnem wcieraniu, ująć się dadzą w następujące grupy, w których O oznacza ujemny wynik, liczby zaś 1 — 2 — 3 — stopnie dodatniego odczynu.

Pierwsze wcieranie	Drugie wcieranie	Ilość chorych
0	0	13
0	1	17
0	2	1
0	3	2
1	0	6
1	1	13
1	2	4
2	1	1
2	2	2
3	2	1
3	3	1
	Razem	61

Pierwsza kategorya — z ujemnym wynikiem pomimo powtórzenia odczynu — składała się z następujących przypadków:

Trzech ciężko chorych, zasługujących na opisanie szczegółowsze:

1) Ks. Franciszek S., 43 l., leczy się w sanatoryum od stycznia 1903 r. z krótkiemi przerwami (miejscowy ka-

pelan). W obu płucach, głównie w szczytach, rozległe nacieki ze skłonnością do rozpadu. Częste stany podgorączkowe.

25. I. 1910 odczyn Moro ujemny. W 3 miesiące potem, 25. IV. 1910 powtórna próba Moro znów wypadła ujemnie, chociaż w tym czasie nastąpiło polepszenie w płucach i w stanie ogólnym. 29. IV. 1911 chory wyjechał z sanatoryum ze względną poprawą. 19. VI. 1911 w domu zmarł.

2) Jerzy K., 21 l., poraz trzeci przybył do sanatoryum 11. IV. 1910 z dużym naciekiem w górnym płacie prawego płuca. Stan bezgorączkowy. 25. IV. 1910 odczyn Moro ujemny. W 6 tygodni potem 8. VI. 1910 znów ujemny wynik próby Moro: w międzyczasie 19. V. 1910 nagły krwiomocz, w moczu ślady białka i pojedyncze prątki Kocha. 17. VI. 1910 chory wyjechał do domu; czuł się dość dobrze, gospodarował. Wrócił do sanatoryum po 9 miesiącach 3. III. 1911 bez większego pogorszenia w płucach, lecz z wyraźnemi zmianami gruźliczemi w nerkach. 19. IV. 1911 chory wyjechał do Krakowa, gdzie zmarł 3. V. 1911.

3) Mieczysław P., 24 l., przybył 17. VII. 1910 z niewielkimi naciekami w obu szczytach. Nieznaczne stany podgorączkowe. Pomimo wyraźnej poprawy ogólnej (przybytek na wadze 2·8 kg w ciągu miesiąca, utrata gorączki) i względnego polepszenia w płucach — odczyn Moro 16. VIII. 1910 ujemny. Przy postępującej poprawie (przybytek na wadze = 6 kg, w szczytach wyjaśnienie odgłosu opukowego i t. d.) powtórna próba Moro 3. X. 1910 znów ujemna. Dalszy przebieg zmienny. (Chory 3 razy z przerwami bawił w sanatoryum). Poprawa w płucach utrzymywała się, lecz w jesieni 1911 r. rozwinęła się gruźlica nerek i chory w domu zmarł 19. II. 1912.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Orlowski (Berlin): **Die Schönheitspflege für Ärzte und gebildete Laien**. Wydanie III. Würzburg 1913. Nakł. C. Kabitzsch (A. Stuber). Stron 132, z 30 rycinami w tekście. Cena 2.50, w oprawie 3 mrk.

Zapisując pojawienie się dziełka Orlowskiego w III przerobionem wydaniu, powołujemy się na to, cośmy o znaczeniu i wartości takich półpopularnych, na niewielkie rozmiary zakreślonych dziełek powiedzieli przy sposobności II wydania (»Przegląd lekarski« 1909, Nr 31, str. 489). Lekarz-specyalista nie znajdzie w takiej książce zapewne nic, albo niewiele nowego, ale może ona przynieść pożytek lekarzowi-praktykowi, zmuszonemu nieraz udzielić rady kosmetycznej niejednej swej stałej pacyentce, nie chcącej lub nie mogącej zwrócić się do specyalisty. Dla laików książka taka może o tyle być pożyteczna, o ile zapoznając ich z granicami sztuki kosmetycznej, uczy nie żądać i nie spodziewać się niemożliwości i otwiera im oczy na oszukańczą reklamę partacką, właśnie tę publiczność najłatwiej łapiącą w sidła, która szuka środków na zachowanie lub poprawienie swej urody.

Wydanie trzecie dziełka Orlowskiego nie różni się układem od poprzedniego wydania; prócz poprawek, dokonanych przez autora, uzupełnił je nowymi szczegółami uproszony o współpracownictwo Dr Lautsch. Liczba rycin wzrosła o pięć. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Bloch. **Rzekomo gruźlicze schorzenie płuc.** (Wien. med. Woch. 1913 Nr 8). Istnieje postać chorobowa, przez wielu klinicystów nie uznawana, a która swojem usadowieniem, danemi opukowemi i osłuchowemi nie różni się od klinicznego obrazu nacieku gruźliczego szczytu prawego płuca. Często krwotoki, oraz mikroskopowo znajdowane włókna elastyczne, a nawet pojedyncze bakterye gruźlicze, dalej poty nocne i gorączka utrudniają rozpoznanie. Według B. rozwija się nieraz w tych przypadkach gruźlicze schorzenie płuca, ale sprawą chorobową pierwotną jest stwardnienie zapadowe (Kolapsinduration) niegruźlicze prawego szczytu płucnego na tle przewlekle utrudnionego oddychania nosem czyto wskutek przerostu małżowin, czy też wrodzonego skrzywienia przegrody nosowej. B. twierdzi nadto, że ludzie, dotknięci gruźlicą płuc, nigdy nie zapadają na ostry nieżyt błony śluzowej nosa, są niejako przeciwko temu uodpornieni. W przypadkach wątpliwych (np. początkowa gruźlica płuc czy grypa) obecność ostrego nieżytu nosa rozstrzyga zdaniem B. za, a brak nieżytu przeciw rozpoznaniu gruźlicy (?). Siedzibę zmian w prawym szczycie tłómaczy B. różnicą w budowie anatomicznej obu szczytów: prawe oskrzele jest szersze, liczniejsze są tu też jego rozgałęzienia. Powietrze dostaje się tu w większej ilości, i to powietrze, zawierające dużo drobnoustrojów, stąd większa łatwość powtarzania się tu spraw nieżytowych z następowem stwardnieniem. Cała tkanka płucna w szczycie, pozbawiona włókien elastycznych (?), ma zmniejszoną siłę wydechową, jest dobrem podłożem dla drobnoustrojów. Na podstawie obserwowanych i leczonych przez siebie przypadków dochodzi B. do wniosku, że operacyjne przywrócenie drożności nosa sprowadza za sobą w bardzo szybkim czasie cofnięcie się wszystkich objawów klinicznych tego rodzaju schorzenia szczytu prawego płuca. HS.

Hainiss. **Znaczenie rozpoznawcze objawu trojaka. (signe du sou).** (Wien. medizin. Wochenschr. 1913. Nr 1). W warunkach prawidłowych płuc, o ile osłuchujemy je z jednej strony, podczas gdy ktoś inny po przeciwległej stronie uderza monetą jedną o drugą przyłożoną do ciała, słyszymy ton metaliczny, przytłumiony, bezdźwięczny. Podobnie przytłumiony ton słyszy się przy zapaleniu oskrzeli, a zupełnie stłumiony przy nacieku w płucach. W razie obecności płynu w opłucnej słychać dźwięk wyraźny metaliczny, gdy jest jeszcze powietrze obok płynu — to dźwięk ma jeszcze podźwięk metaliczny. Badać należy nie w jednem miejscu, a posuwając się od szczytów w dół łatwo oznaczyć granicę zawartego ewentualnie w opłucnej płynu. Wykonywane potem próbne nakłucia potwierdzały zawsze wyniki, osiągnięte zapomocą tego objawu. Znaczenie rozpoznawcze tego objawu jest zwłaszcza doniosłe, jeżeli zachodzi wątpliwość, czy chodzi o duży naciek zapalny samych płuc, czy też w połączeniu z wysiękiem opłucnym, czy wreszcie o sam wysięk opłucny. HS.

Grober. **O wpływie długotrwałej pracy ustroju na serce.** (Wien. med. Woch. 1913, Nr 7). Autor na podstawie własnych spostrzeżeń i badań nad stosunkiem wagi serca do wagi całego ciała u najrozmaitszych zwierząt i ptaków doszedł do wniosku, że zwierzęta bardzo szybko biegające, czy też fruwające, mają serce stosunkowo większe, niż te, które pędzą życie spokojne i leniwe. Nadto porównując np. serce zająca z sercem królika domowego, zauważył G., że silniejszy wzrost serca u zająca nie dotyczy jego lewej połowy, jak się to na oko wydaje, ale właśnie komory prawej. Autor przypuszcza, że dzieje się to wskutek utrudnionego krążenia płucnego, a więc wzmożonego ciśnienia w tętnicy płucnej, wywołanego rozedmą płuc, powstałą po nadmiernej pracy. HS.

Nobel i Hecht. **Zachowanie się elektrokardyogramu podczas narkozy.** (84. Zjazd niem. przyrodn. i lekarzy). Wychodząc z założenia, że chloroform oddziaływa niekorzystnie na serce, badali autorzy zachowanie się krzywych elektrokardyograficznych od początku uśpienia chloroformowego aż do samej śmierci. Doświadczenia swoje wykonywali na królikach, psach i małpach. Przeważnie można było stwierdzić zaburzenia przewodnictwa różnego

nasilenia, rzadziej skurcze dodatkowe i napadowe kołatanie, tu i ówdzie drgania przedsionków z nieprzerwaną niemiarowością. W jednym przypadku wykonano zdjęcie elektrokardyograficzne podczas prawidłowego uśpienia chloroformowego dziecka; krzywa elektrokardyograficzna w tym przypadku niczem się nie wyróżniła. Glassner.

Danielsen. **Ogólne ropne zapalenie otrzewnej wskutek tasiemca.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 8). Znaną jest rzeczą, że pasorzyty (oxyuris, trichocephalus, ascaris) wywoływać mogą, choć rzadko, ropnie, przetoki i zapalenie otrzewnej. Przy tasiemcu jednak dotąd tego nie spostrzegano. Otóż autor, operując chorą na zapalenie otrzewnej, znalazł przy operacyi w jamie brzusznej kilka członów tasiemca, a prócz tego wielką część jego razem z główką w jajowodzie; $^1/_2$ metra powyżej zastawki Bauhina znalazł otwór w jelicie cienkiem. Niema mowy o tem, aby tasiemiec mógł przegryźć ścianę jelita, niema bowiem do tego odpowiednich narządów. Natomiast przez wywiady przekonano się, że ta chora przebywała przed dwoma laty ropne zapalenie jajników i jajowodów. Wskutek tego powstały zapewne zrosty między jajowodem a jelitem z przebiciem ropy do jelita. Przez otwór ten wpełznął tasiemiec do jajowodu; z czasem zrost się rozluźnił, a w końcu pod wpływem ruchów tasiemca uległ przerwaniu. Zmiany w jajniku i jajowodzie były jeszcze widoczne. K.

Jagić. **O żywieniu i przepisach dyety w szpitalach.** (Med. Klinik 1913. Nr 10). Wielką trudność sprawia w administracyi szpitalnej normalne pożywienie chorych, bo z jednej strony chodzi o to, by chorzy byli dostatecznie żywieni, z drugiej, by to nie kosztowało zbyt dużo, a także dlatego, by można było w koniecznych razach u innych chorych stosować specyalne, a przez to kosztowne dyety. Projekt J. jest następujący: Obiad: bulion, rosół, albo zupy złożone z mąki, kasz, jarzyn bez mięsa; sztuka mięsa (100 grm. dla mężczyzn, 80 dla kobiet), a we czwartek i niedzielę pieczeń (wołowa, cielęca, wieprzowa) z dodatkiem ziemniaków lub grochu, fasoli, ryżu, sałaty, kompotu, knedli itp. Rano kawa, herbata lub kakao. Wieczorem potrawa mleczna, lub kiełbasa, kiszka, parzonki, makaron, ziemniaki, kasza i t. p. Prócz tego przez dzień 3 bułki albo chleb, $1^1/_2$ litra mleka. Chleb trzeba odmieniać często podług smaku chorego. Gdy chory ma pragnienie, nie drogim napojem są soki owocowe. Dyety specyalne są znacznie kosztowniejsze, np. pożywienie dla chorego na cukrzycę kosztuje średnio 2 kor. 80 hal. dziennie, jeszcze więcej dyeta tuczna i t. d. Bardzo obciążają budżet szpitala jaja, szynka, wody mineralne, dlatego powinno się je stosować tylko w wyjątkowych przypadkach. A.

Kutschera. **Przeciwko teoryi powstawania wola i matołectwa drogą wody.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 8). Zdawałoby się, że nie ulega już wątpliwości, iż wole powstać może przez używanie wody z pewnych źródeł. Przemawiać za tem mają różne epidemie, dalej fakt, że wole przez zmianę miejsca pobytu chorego może ustąpić i naodwrót nabycie wola przez osiedlenie się w okolicy »wolowej« i t. p. Tymczasem szczegółowe badania autora doprowadziły go do zupełnie innego przeświadczenia. Przedewszystkiem starał się odszukać słynne studnie »wolowe« i przekonał się, że na miejscu nikt o tem nic nie wie, i wiele osób z nich pija, a wola nie ma. Przekonał się także, że w osadach, gdzie wole panuje, szerzenie się jego nie ma nic wspólnego z wodą, natomiast łączy się ściśle ze sprawą mieszkań i rzeczywiście osoby, które wnoszą się do domu, gdzie przedtem przebywali chorzy na wole, dostają wola. Znane są też endemie wola, które wybuchały w kasarniach, pensyonatach i t. d. w pewnych tylko ubikacyach. W wojsku opisywano endemie wola, na które zapadali tylko szeregowcy, a oficerowie, nie mieszkający w kasarniach pozostawali zdrowi, choć pili tę samą wodę. Wole i matołectwo są zdaniem K. dlatego typowemi chorobami rodzinnemi, bo jedni zarażają się od drugich w domu. Zupełna przebudowa domu wywołuje też nieraz, jak się autor przekonał, zniknięcie wola. Popisowi przenoszą się czasem do miejscowości, gdzie panuje wole, aby »przez picie wody« dostać tej choroby (uwalniającej od wojska) i istotnie dostają wola, lecz przez to, że mieszkają w »zakażonych« domach. Również przekonał się autor, że nie jest prawdą, by w pewnych gminach wole znikało dzięki zaprowadzeniu wodociągów. Wole tam znika, ale przez to, że przy zaprowadzeniu wodociągów wprowadza się też różne adaptacye i przebudowy w domach. W pewnej rodzinie przed pożarem domu wszystkie dzieci były matołkami lub miały wole, po wystawieniu zaś domu nowego rodziły się dzieci zdrowe, choć woda pozostała ta sama. W miastach wole jest rzadsze, bo ludzie nie mieszkają długo w jednem mieszkaniu. W Bośni, podług Taussiga, cierpią na wole głównie mahometanie, siedzący dużo w swych domach, a ludność austryacka zapada na wole rzadko, choć używa tej samej wody. Doświadczalne wywoływanie wola u zwierząt przez podawanie wody udaje się tylko w »wolowej« miejscowości, a gdzieindziej nie udaje się. Chagas opisał chorobę. nazwaną jego nazwiskiem, a powstającą przez ukąszenie pluskwy drzewnej, która przenosi świdrowce. Choroba ta przypomina matołectwo, cechuje się wolem. Epidemie wola i matołectwa przypominają żywo wybuchy zimnicy. w pewnych okolicach. K. dochodzi do wniosku, że teorya »wodna« nie ma wcale podstaw, a wole i matołectwo przenosi z osoby na osobę nieznany nam zarazek (może przez tak zw. gospodarza pośredniego) przez obcowanie w domu. K.

Neurologia.

Ortfried Förster: **Zapalenie nerwów obwodowych przyrody miażdżycowej** (Wiener med. Wochschr. Nr. 5, 1913.). Autor na podstawie swego własnego doświadczenia i zebranego materyału przypomina tę wcale nierzadką postać miażdżycowego zapalenia nerwów obwodowych, które pod względem anatomicznym zostało niewątpliwie stwierdzone przez prace Minkowskiego, Lorenza, Oppenheima, a zwłaszcza Schlesingera. We wszystkich przypadkach autora były objawy ogólnej miażdżycy naczyń serca, aorty i układu nerwowego ośrodkowego. Inne zwyczajne przyczyny zapalenia nerwów (jak zatrucie ołowiem, alkoholem przymiot lub choroby zakaźne) były bezwarunkowo wyłączone; niemniej warto zaznaczyć, że w tętnicach obwodowych odpowiednich kończyn nie było zmian miażdżycowych a zatem nie były to przypadki, znane pod nazwą »dysbasia angiosclerotica«.

Przypadki autora miały następujące cechy charakterystyczne: Prawie zawsze były zajęte sprawą chorobową pojedyncze sploty lub pojedyncze nerwy, wszystkim przypadkom towarzyszyły nader silne bóle przy prawie zupełnym braku tkliwości na ucisk i zaburzeń czuciowych. Ze względu na przebieg podkreślić trzeba pewną skłonność do zwolnień objawów chorobowych, nawet do zupełnego wyleczenia, niemniej jednak zdarzają się nawroty lub przejścia na inne pnie nerwowe. Ogółem jednak przebieg jest przewlekły. Glassner.

Müller: **Próby lecznicze w ciężkiej migrenie.** (Pos. Tow. lek. Marburg XII, 1912). Bardzo często ciężkie migreny u kobiet pozostają w związku z narządem rodnym. Tak n. p. nieraz wykazać się daje związek z regularnością, ustawanie migreny w okresie przekwitania, zwykle ustawanie napadów w dalszych miesiącach ciąży i podczas karmienia i t. p. O ile taki związek da się wykazać, proponuje M. podjąć próby z naświetlaniem jajników. Osiąga się przez to niekiedy wybitny skutek lub przynajmniej złagodzenie napadów, albo czasowe ich ustanie, o czem przekonał się M. w 3 odpowiednich przypadkach. A.

Schellone. **Objawy »nerwowości« jak: przyspieszenie tętna, wzmożone odruchy kolanowe, dermografia, drżenie języka, powiek, rąk, punkt uciskowy Erba**

u zdrowych (Med. Klinik, 1912, Nr 47). Autor, zbadawszy przeszło 1000 ludzi zdrowych w kierunku powyższych objawów, doszedł do przekonania, że objawy te istnieją u wielkiej liczby ludzi zdrowych, a wcale nie uprawniają do rozpoznawania nerwowości, stałego nerwowego podrażnienia, a tembardziej nerwicy n. p. urazowej. Na ich podstawie nie można orzekać o trwałem uszkodzeniu układu nerwowego i przyznawać dłuższą rentę czy odszkodowanie. I tak za objaw neurastenii uważa się przyspieszenie tętna, a zdarza się ono u ludzi często nie nerwowych, ale n. p. niedokrwistych, obarczonych blednicą, początkową gruźlicą, dalej w okresie pokwitania, u nadużywających alkoholu, tytoniu, oddających się sportom, po niedospaniu lub przy kombinacyi kilku powyższych czynników. Kobiety mają tętno bardziej przyspieszone, niż mężczyźni. Zwolnienie tętna występuje, gdy badany ze stojącej lub siedzącej pozycyi przechodzi w leżącą, naodwrót występuje przyspieszenie, gdy badany, przedtem leżący, siada lub wstaje. Wzmożenie odruchów kolanowych nigdy nie przemawia za chorobliwie wzmożoną pobudliwością układu nerwowego i nie jest nigdy wyrazem neurastenii. Ma ono znaczenie, gdy albo po jednej stronie odruchu zupełnie brak, a po drugiej jest bardzo wzmożony lub jeśli wzmożenie jest tak znaczne, że przy uderzeniu w ścięgno mięśnia czterogłowego występują jego drgawki. Autor radzi tu stosować zasadę Steinerta, by za odruchy wzmożone na tle neurastenii uważać te odruchy, które występują po uderzeniu w rzepkę lub kość goleniową przy zwisających goleniach. Wzmożenie bowiem odruchów kolanowych w granicach jeszcze fizyologicznych, t. j. nie w powyżej wymienionych odmianach, jest bardzo zmienne, występuje często po wysiłkach fizycznych i przejściach psychicznych, często też po źle przespanej nocy, po nadużyciu alkoholu. Przytem nieraz zauważa się u takiego człowieka nadmierną wrażliwość na bodźce słuchowe czy wzrokowe, jak to i na sobie nieraz doświadczyć można. Dermografię uważać za dowód nerwowości byłoby nonsensem. Przecie już u noworodków i u dzieci widać po pociągnięciu paznokciem lub półostrem narzędziem po skórze najpierw bladą smugę, która po kilku sekundach od brzegów poczyna się czerwienić, aż wystąpi smuga czerwona. Objaw ten, najwyraźniejszy na piersi i brzuchu, spostrzegał autor zarówno u noworodków, jak u starców do lat 89, zarówno u brunetów, jak blondynów, a nigdy nie zauważył zupełnego braku tego objawu, lecz raczej różnicę w czasie występowania od chwili podrażnienia skóry. I czas ten jest chyba jedynie charakterystycznym dla osób »nerwowych« o tyle, że jeśli wynosi on od 1—3 sekund, można mówić o silniejszej nerwowości, jeśli 3—6 sekund — o słabej, powyżej 6 sekund występuje prawie u każdego zdrowego człowieka. Drżenie języka, rozstawionych palców, występuje również u 26% zdrowych ludzi, trudno je więc uważać za objaw chorobowy. Drżenie powiek górnych spotyka się u 70% ludzi wogóle badanych, nie nerwowych. Punkt uciskowy Erba (zwój ramieniowy) wywołuje często ból u ludzi zdrowych, zależnie od ucisku, a ucisk na ten punkt u 6—9% badanych wywołuje kurcz mięśnia zginacza głowy. Autor radzi więc zachować wielką ostrożność w rozpoznawaniu i rokowaniu na mocy powyższych objawów. Mondschein.

Salerni. **Luminal w praktyce psychiatrycznej** (Riforma med. Nr 7 1913). Luminal i jego sól sodowa, są to środki nasenne, różniące się od weronalu przez podstawienie grupy fenilowej w miejsce jednej z grup etylowych. S. stosował go u pięćdziesięciu chorych na rozmaite zboczenia umysłowe, jak otępienie (dementia paranoides), stany maniakalne, maniakalno-depresyjne, obłęd starczy, psychozy u opilców, podniecenia przy rumieniu lombardzkim i in. Jako jednorazowej dawki wewnętrznej używał 0·3—0·6 g. tak luminalu, jak jego soli, podskórnie zaś stosował 0·5—1·00 g, przyczem nie spostrzegał żadnych zmian miejscowych. Początek działania leku występował średnio w trzy kwadranse, rano zaś niekiedy dopiero w 3—4 godzin po użyciu. Działanie uspokajające następowało stopniowo, bez żadnych skutków ubocznych, z wyjątkiem niekiedy uczucia ociężałości, które utrzymywało się czasem i przez dzień następny. Działanie nasenne trwało czasem 8—9 godzin i podobnie, jak przebudzanie się, wolne było od ujemnych skutków. Natomiast wysokie dawki (0·8—1·0) wywoływały nietyle sen, ile raczej odurzenie, zawroty, osłabienie kończyn dolnych i utrudnienie mowy; te same skutki spostrzegał S. i po średnich dawkach, lecz podawanych parę dni z rzędu bez wyraźnego wyniku dodatniego; niekiedy stwierdzał przejściowe zmniejszenie pojemności oddechowej i również przejściowe zwolnienie tętna. Czasem był wynik zupełnie ujemny, mianowicie w przypadkach długotrwającego podniecenia psychomotorycznego i tam, gdzie równocześnie zachodził nieżyt żołądka. S. dochodzi do wniosku, że luminal używany czy to podskórnie, czy wewnętrznie, nie działa szczególnie w jakiemś określonem zboczeniu umysłowem, lecz że skuteczność jego zależy od natężenia sprawy chorobowej i od warunków fizycznych danego chorego; tak np. najszybsze i najdłużej trwające wyniki miewał S. u chorych fizycznie osłabionych, choćby nawet zaburzenie umysłowe było daleko posunięte. W każdym razie luminal okazał się skuteczniejszy od dotychczas używanych środków nasennych, choć początek działania jest późny; z tego też względu jako lek uspokajający ma luminal mniejsze znaczenie praktyczne, niż hyoscyna, skopolamina i duboizyna. Dr T. T.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

XXI. naukowo-administracyjne posiedzenie Wydziału lekarskiego w d. 9 (22) XI. 1912 r.

Obecnych członków 22, gości 8. Ponieważ prelegentem na tem posiedzeniu był wiceprezes wydziału Dr Sz. Dzierzgowski, przeto na ogólną prośbę przewodniczył były prezes, członek honorowy »Związku«, prof. Otton Czeczott.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Dr Sz. Dzierzgowski: **O leczeniu błonicy surowicą błoniczą przez odbytnicę**. Prelegent pracuje nad tym przedmiotem od r. 1899, a obecnie prowadził doświadczenia z Dr Blumenau na zwierzętach: psach, królikach; wyniki tych badań wykazały, że przy wprowadzeniu surowicy do żołądka uodpornić ustroju nie można, albowiem kwas solny działa zabójczo i antytoksyna nie zostaje wessana. Doświadczenia Dr Piwowarowa wykazały, że można ustrój uodporniać, wprowadzając antytoksynę przez odbytnicę. Otóż mówca podjął w tym kierunku badania, lecz wyniki otrzymał wręcz przeciwne, wobec czego przypuszcza, że przy badaniach Piwowarowa część surowicy przedostała się do pochwy, a tą drogą uodpornienie, jak wiadomo, jest możliwe. Porównawcze badania na dzieciach wykazały również bezcelowość wprowadzania surowicy przez odbytnicę, wobec czego prelegent sposób ten uważa za pozbawiony podstaw naukowych.

Przewodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi gorące podziękowanie za pouczający odczyt.

II. Odczyt Dra Zboromirskiego p. t.: »Anafilaksya i alkoholizm« wobec choroby prelegenta nie doszedł do skutku.

III. Dr St. Ostrowski: **Odczyn Engel-Turnau w moczu oseskÓw**. (Rzecz, ogłoszona w całości w »Przeglądzie lekarskim« 1912 Nr 49).

Dyskusya: Prof. Zaleski zapytuje, w jakiem rozcieńczeniu mleko krowie również daje ten odczyn, a Dr Jastrzębski, czy niema wskazówek, na czem ten odczyn polega. — Prelegent daje odpowiednie wytłómaczenie. Prze-

wodniczący w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi za pouczający odczyt serdeczne podziękowanie.

IV. W części administracyjnej posiedzenia: 1) Prof. Zaleski, jako przewodniczący komisyi w sprawie wartości leczniczej wody naturalnej z pod gór Uralskich (Spirydonowskiej), podaje do wiadomości, iż rzeczona komisya wykonała swe badania.

Dr Szymon Dzierzgowski odczytuje następujące wyniki:

Spełniając uchwałę »Sekcyi lekarskiej Związku« zapadłą dnia 12 października 1912 r., poddałem sanitarno-bakteryologicznemu badaniu wodę mineralną Iżowskiego źródła, dostarczoną mi przez pana Spirydonowa do pracowni oddziału higieny C. I. M. D. dnia 24 tegoż miesiąca w ilości 50 butelek. Wybrawszy 10 z przysłanych mi butelek, określiłem w ich zawartości ilość kolonii, wyrastających z jednego posianego centymetra sześciennego na agarze przy ciepłocie 37° C. i na żelatynie przy ciepłocie 22° C., a także określiłem zawartość laseczników okrężnicy (b. coli) w ilości 400 cnt.³ wody każdej z 10 butelek. Butelki przed otwarciem wyjaławiałem zewnątrz przez pogrążenie ich w rozczynie sublimatu $^{1}/_{1000}$ na $^{1}/_{2}$ godziny, otwierałem zaś je przez dotknięcie rozpaloną pałeczką szklanną miejsca szyjki, uprzednio nadciętego pilnikiem. W ten sposób aseptycznie otwarte butelki służyły mi do badania ich zawartości. Obecność w wodzie laseczników okrężnicy stwierdzałem metodą Bulisa, ilość zaś kolonii, wyrastających na żelatynie, obliczałem po 48 i 72 godzinach, a na agarze po upływie 24, 48 i 72 godzin. Wyniki doświadczeń załączam:

	Żelatyna		Agar			Bulion	
	48 godz.	72 godz.	24 godz.	48 godz.	72 godz.	24 godz.	48 godz.
N 1	0	0	1	2	3	(—)	(—)
N 2	0	1	1	1	1	(—)	(—)
N 3	0	1	1	2	9	(—)	(—)
N 4	0	0	1	2	4	(—)	(—)
N 5	0	0	0	1	1	(—)	(—)
N 6	0	1	0	2	3	(—)	(—)
N 7	0	0	1	1	1	(—)	(—)
N 8	0	0	2	2	3	(—)	(—)
N 9	1	1	0	0	1	(—)	(—)
N 10	0	0	1	1	2	(—)	(—)

Na zasadzie zestawionych wyżej wyników bakteryologicznych badań przysłanej przez p. Spirydonowa wody należy stwierdzić, że woda ta pod względem bakteryologicznym odpowiada wszelkim najsurowszym warunkom, jakie woda do picia powinna posiadać.

Drowie Zboromirski i L. Jastrzębski:

Hodowle, dokonane z 10 butelek wody Spirydonowskiej, jeden ctm. sz. na płytkę żelatynową przy ciepłocie pokojowej i na płytkę agarową przy ciepłocie 37° dały wyniki następujące:

	Płytki agarowe ciepł. 37° w ciągu 24 godz.	Płytki żelatynowe ciepł. 16° w ciągu 48 godz.	w ciągu 72 godz.
1	15 kolonii	3	4
2	7 »	0	5
3	10 »	7	6
4	6 »	0	3
5	8 »	2	0
6	13 »	5	12
7	3 »	0	6
8	12 »	2	7
9	5 »	0	3
10	9 »	4	11

Wyniki powyższe należy uważać za nader pomyślne pod względem mikrobiologicznym i higienicznym.

Prof. Zaleski odczytuje protokół posiedzenia Komisyi w tej sprawie, która obradowała w dniu 4 (17) listopada 1912 r.:

Skład Komisyi stanowili: Prof. Dr St. Zaleski (prezes) Dr Sz. Dzierzgowski, Doc. Dr Z. Orłowski, Dr Edm. Zboromirski, Dr Win. Święcicki, chemik J. Szabłowski i Dr L. Jastrzębski (sekretarz).

Przedmiot obrad stanowiły: 1) Złożone przez p. Spirydonowa materyały i odnośna naukowa literatura przedmiotu, a także odezwy specyalistów. 2) Przedstawione przezeń próby wody. 3) Wykład Prof. St. Zaleskiego na XX posiedzeniu Wydziału lekarskiego »Związku« p. t. »Spirydonowska woda mineralna z pod gór Uralskich«. 4) Odezwy i sprawozdania członków Komisyi a mianowicie Prof. Dra Szymona Dzierzgowskiego, Dra Edmunda Zboromirskiego i Dra Leona Jastrzębskiego i p. Józefa Szabłowskiego, oparte na własnych badaniach rzeczonej wody ze zwróceniem szczególnej uwagi na jej stan pod względem mikrobiologicznym i promieniotwórczym — sfera dotąd wcale nie uwzględniona przez poprzednich badaczów i 5) Wyniki badań wody Spirydonowskiej z ostatniej chwili (nowa jej analiza chemiczna, dokonana w Petersburgu, w laboratoryum Dra D. M. Cwieta).

Po dokładnem, a wszechstronnem rozpatrzeniu wszystkich powyższych danych i przy uwzględnieniu wymienionych w tym przedmiocie zdań i zapatrywań oddzielnych członków Komisya jednogłośnie doszła do następujących wniosków:

1) Przedstawiona przez p. D. F. Spirydonowa naturalna woda mineralna zarówno ze względu na swój skład chemiczny, jak i własności fizyczne, nie wyłączając promieniotwórczości, a także na mocy już dokonanych badań klinicznych, oraz spostrzeżeń i zdań oddzielnych, znających ją z własnego doświadczenia i własnej praktyki lekarzy, zaliczona być powinna do kategoryi wód leczniczych, zasługujących na szczególne uwzględnienie przy chorobach dróg moczowych, narządów trawienia, oraz przy zboczeniach w wymianie materyi, a zwłaszcza przy skazie moczanowej.

2) Dokonane już badania, aczkolwiek upoważniają do powyższego wniosku, jednakże nie są jeszcze wystarczające dla wyjaśnienia stanu wody tak co do jej naturalnej gazacyi, jak i zawartości tych składników, które, jako niezupełnie stałe, podlegają zbadaniu na miejscu. Przy takiem badaniu na miejscu uwzględnić także należy i stan wody w samem źródle pod względem mikrobiologicznym.

3) Wyniki badań mikrobiologicznych, wykonane przez członków Komisyi, z jednej strony przez członka rzeczywistego tutejszego Cesarskiego Instytutu medycyny doświadczalnej, zawiadującego oddziałem i pracownią higieny, Dra Inż.-chem. Szymona Dzierżgowskiego, a z drugiej, przez właściciela i kierownika własnego laboratoryum dla badań lekarsko-chemicznych, Dra Edmunda Zboromirskiego wraz z Drem Leonem Jastrzębskim, są w zupełności zadowalniające dla zalecania wody, jako będącej bez zarzutu pod względem higienicznym.

4) Kliniczne badania nad wodą należy prowadzić na szerszą skalę, niż dotąd, na co rzeczona woda w zupełności zasługuje.

5) Dołożyć należy wszelkich starań, aby dokonać takich fundamentalnych, a przez współczesną krenotechnikę wskazanych robót do ujęcia źródła, aby je trwale zabezpieczyć od wszelkich możliwych do przewidzenia uszkodzeń i wpływów zewnętrznych, jak rozlewy wody rzek sąsiednich i kra po nich płynąca.

6) Wobec zalet wody i wszystkich innych, powyżej wyłuszczonych względów ze wszech miar jest do zalecenia, aby wszczęte zostały bez dalszej zwłoki należyte starania co do uznania źródła za mające ogólno-społeczne znaczenie, za czem idzie urzędowe wyznaczenie odpowiedniego okręgu ochrony (perimétre de protection) i obowiązujących w tymże okręgu prawideł.

Prof. Zaleski odczytuje następujące wnioski, jakie Komisya uważa za odpowiednie: 1) Wodę, pochodzącą ze źródła p. Spirydonowa na brzegu rzeki Iż w Jełabużskim pow. gub. Wiatskiej, uważać należy za mineralną, leczniczą, higienicznie zupełnie nieszkodliwą, otwierającą pole do dalszych badań naukowych i zasługującą na szerokie rozpowszechnienie i lekarskie zastosowanie. 2) Wydajność rzeczonego źródła (10.000 wiader na dobę) uznać należy za zupełnie dostateczną dla eksportowania wody i picia jej na miejscu, lecz nie zupełnie wystarczającą dla zastosowania zewnętrznego przez urządzenia balneo-techniczne, jak np. wanny lecznicze.

Zgromadzenie biorąc na uwagę wyniki osobistych badań członków obranej w d. 12 (25) października 1912 r. Komisyi, a mianowicie Dr Sz. Dzierzgowskiego, Dra L. Jastrzębskiego, Dra Zboromirskiego, a także chemika I. Sza-

błowskiego, przychyla się do ogólnych wniosków Komisyi i wnioski te uchwala.

Na wniosek przewodniczącego Prof. Czeczotta wywiązała się dyskusya, jaki kierunek należy nadać owej uchwale, w której Prof. O. Czeczott, Dr Sz. Dzierzgowski i Doc. Sowiński wypowiedzieli zgodne zdania, że ową uchwałę należy wnieść na ogólne posiedzenie »Związku«, zaś Prof. Zaleski był zdania, iż należy ją tylko podać do wiadomości. — Uchwalono wnieść uchwałę na najbliższe ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie.

2) Wobec tego, iż Prof. Czeczott wybiera się na II Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Krakowie, uproszono go, by reprezentował »Związek« na Zjeździe.

3) Podano do wiadomości, iż dn. 23. XI. (6. XII.) ma się odbyć uroczyste ogólne posiedzenie naukowe dla uczczenia zasług i pamięci zgasłego członka »Związku«, Prof. mat. Jana Ptaszyckiego.

4) Uproszono Dra Hattowskiego, by zajął się sprawą zakupna aparatu projekcyjnego Nernsta.

5) Przewodniczący podaje do wiadomości, że p. Żukowska zwróciła się z prośbą o pomoc lekarską dla przytułku. Pełnienie tych obowiązków bezinteresownie przyjął na siebie Dr Uliński.

6) Towarzystwo im. Pirogowa zwraca się z prośbą do »Związku« o zwrot listy ze składkami. Uchwalono listę bezzwłocznie przesłać.

7) Uproszono Prof. Ziemackiego i Doc. Sowińskiego, by ułożyli list, zawiadamiający p. Znatowicza o zaliczeniu go w poczet członków honorowych »Związku«.

XXII. uroczyste ogólne posiedzenie naukowe w d 23 XI. (6. XII.) 1912

dla uczczenia zasług i pamięci zmarłego członka »Związku« Prof. matem. Dra Jana Ptaszyckiego.

Obecnych członków 100, gości 80. Przewodniczy prezes Prof. Ziemacki.

Prezes, otwierając posiedzenie, poświęca kilka gorących słów zmarłemu i wzywa obecnych, by uczcili pamięć jego przez powstanie. Poza tem prezes wita zasł. Prof. Dr Al. W. Wasiljewa, jako gościa i delegata Towarzystwa Zjednoczenia naukowego słowiańskiego.

1) Prof. Zaleski: »Związek polski lekarzy i przyrodników i stanowisko względem niego Jana Ptaszyckiego«.

2) Prof. Wasiljew, nie władając językiem polskim, w myśl § 37 ustawy »Związku«*) otrzymał od prezesa pozwolenie przemawiania w języku rosyjskim. Jako delegat i kolega zmarłego wskazał mowca na zasługi naukowe Jana Ptaszyckiego i na możność i potrzebę łączenia się pobratymczych umysłów słowiańszczyzny na polu nauki.

3) Prof. inż. Merczyng: »O znaczeniu badań czysto matematycznych dla rozwoju nauk przyrodniczych, a szczególniej fizyki i astronomii«.

4) Doc. inż. Staniewicz: »Jan Ptaszycki, jego życie i ogólny rozwój działalności«.

5) Zasł. Prof. Dr I. Sochocki: »Wspomnienie o Janie Ptaszyckim, jako o koledze i stanowisko jego wśród matematyków polskich«.

6) Prof. Staniewicz: »Zarys naukowej działalności Jana Ptaszyckiego i charakterystyka głównych jego prac«.

7) Kand. mat. Rostkowski: »Jan Ptaszycki jako pedagog«.

8) Kand. mat. Chawłowski: »Hołd pamięci Jana Ptaszyckiego«.

Prof. Zaleski odczytuje listy i depesze: list nieobecnego Prof. St. Ptaszyckiego, telegram od Warszawskiego Towarzystwa naukowego i od Redakcyi prac matematyczno-fizycznych (podpisali prezes Jabłonowski, sekretarz Pułaski i redaktor Dickstein) i list od Prof. Dicksteina, jednego z przyjaciół i wielbicieli zmarłego, na cześć którego skreślił Prof. Dickstein wspomnienie pośmiertne, rozdawane obecnym na posiedzeniu.

Prezes Prof. Ziemacki, ponownie zabierając głos, wyraża współczucie wdowie i rodzinie zmarłego, obecnym na posiedzeniu, składa podziękowanie prelegentom i obecnym i wypowiada kilka słów podziękowania dla gościa Prof. Wasiljewa w języku polskim. Potem prezes, podając do wiadomości, iż »Związek« ma zamiar wydać wszystkie przemówienia, poświęcone zmarłemu, w osobnej broszurze, zamyka posiedzenie. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

*) Paragraf ten, odczytany przez prezesa, brzmi: »Polski język jest obowiązkowym w łonie Związku. Z przyczyn usprawiedliwionych dopuszczane bywają za zgodą prezesa wszystkie słowiańskie i inne obce języki i t. d.«.

Uwagi o ruchu chorych w r. 1912 na oddziale I. B. chorób wewnętrznych krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie oraz o stosunkach na tymże oddziale

napisał

Prymaryusz Dr Antoni Krokiewicz.

W r. 1912 pozostawało w leczeniu na oddziale chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego Szpitala św. Łazarza 1818 chorych (886 m. 932 k.), a mianowicie:

Z powodu chorób narządu: oddechowego 743 (390 m. 350 k.) t. j. 40·7% ogólnej liczby; krążenia 286 (111 m. 175 k.) 15·7%; trawienia 190 (86 m. 104 k.) 10·4%; nerwowego 78 (25 m. 53 k.) 4·2%; moczowego 77 (48 m. 36 k.) 4·2%; z powodu chorób zakaźnych (z wyłączeniem gruźlicy) 389 (178 m. 211 k.) 21·3%; krwi, nieprawidłowej przemiany materyi i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem 68 (16 m. 52 k.) 3·6%; zatruć 11 (1 m. 10 k.) 0·4%; czerwi 7 (5 m. 2 k.) 0·4%; nowotworów 85 (39 m. 46 k.) 4·6%.

Jak z powyższego zestawienia wynika, największy odsetek chorych leczonych stanowiły choroby narządu oddechowego, gdyż wynosiły 40·7%, a następnie choroby zakaźne (21·3%). Jeśli jednak do chorób zakaźnych zaliczy się i sprawę gruźliczą, a więc i gruźlicę narządu oddechowego, to ogólna ilość chorych w tym dziale wynosi 50·5%, a więc przenosi ilość leczonych na choroby narządu oddechowego. Trzecie miejsce, bo 15·7% ogólnej cyfry, zajmowali chorzy dotknięci chorobami narządu krążenia; czwarte, bo 10·4% ogólnej cyfry — stanowili chorzy, okazujący zaburzenia w przewodzie pokarmowym; podczas gdy odsetek chorób nerwowych, narządu moczowego, chorych dotkniętych nowotworami, był znacznie mniejszy i prawie na równi, gdyż wynosił od 4·2—4·6% ogólnej ilości leczonych. Również prawie ten sam stosunek, gdyż 3·6% ogólnej cyfry zaznaczył się u chorych na nieprawidłową przemianę materyi, choroby krwi i gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Odsetek chorych leczonych z powodu czerwi i zatruć był wogóle nizki, bo w granicach od 0·4%—0·6%.

Przy bliższem rozpatrzeniu pojedynczych działów chorób leczonych na oddziale w r. 1912 rzecz przedstawia się następująco:

I) Choroby narządu oddechowego. Z powodu gruźlicy płuc pozostawało w leczeniu chorych 507 (254 m. 253 k.); zapalenia płuc włóknikowego 88 (40 m. 48 k.); zapalenia wysiękowego opłucnej 51 (51 m. —); rozedmy płuc i niedomogi mięśnia sercowego 94 (42 m. 52 k.); nowotworów w klatce piersiowej 3 (3 m. —).

Najwięcej, bo 68·5% stanowili chorzy na gruźlicę płuc; 12·6% stanowili chorzy na rozedmę płuc i niedomogę mięśnia sercowego; 11·8% chorzy na zapalenie płuc, a 6·8% na zapalenie wysiękowe opłucnej; w 0·4% ogólnej ilości chorób narządu oddechowego stwierdzono sprawę nowotworową w klatce piersiowej.

Pomiędzy chorymi na gruźlicę płuc odsetek śmiertelności wynosił 16·9%; u chorych na rozedmę płuc i niedomogę mięśnia sercowego 11·7%; u chorych na zapalenie wysiękowe opłucnej 5·8%, a na zapalenie płuc włóknikowe 18·2%. Zaznaczyć należy, iż na ogólną ilość 88 chorych na zapalenie płuc w 28 przypadkach stwierdzono tło grypowe (15 m. 13 k.). Przypadki zapale-

nia płuc na tle grypy odznaczały się łagodnym przebiegiem i zakończyły się korzystnie prócz jednego (1 k.), w którym nastąpiło zejście śmiertelne. Natomiast na 60 przypadków zapalenia płuc włóknikowego w 15 (8 m. 7 k.), t. j. 25%, nastąpiło zejście śmiertelne. Przyczynę tego należy odnieść do tej okoliczności, iż chorzy w zbyt późnym okresie choroby zgłosili się do szpitala, a wogóle zapalenie płuc w roku 1912 okazywało charakter niezwykle złośliwy.

II. Choroby narządu krążenia. Z powodu miażdżycy tętnic leczono chorych 40 (3 m. 37 k.); zwyrodnienia mięśnia sercowego w następstwie rozedmy płuc 64 (42 m. 52 k.); przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego 72 (28 m. 44 k.); wad sercowych w następstwie przebytego zapalenia wsierdzia 80 (38 m. 42 k.).

Wogóle uderza, iż kobiety w większej liczbie zgłaszały się do szpitala z chorobami narządu krążenia, niż mężczyźni. Do działu chorób narządu krążenia zaliczone zostały przypadki zwyrodnienia mięśnia sercowego w następstwie rozedmy płuc (jak pod I), a to dlatego, iż chorzy tacy znajdowali się w okresach końcowych, t. j. w okresie niedomogi mięśnia sercowego, która nie okazywała skłonności do wyrównywania się. Stąd też zarówno dział tych chorób można pomieścić pomiędzy schorzeniami narządu oddechowego, jeśli uwzględni się przyczynę pierwotną, t. j. rozedmę płuc, jak też zaliczyć je do schorzeń narządu krążenia ze względu na występujące na pierwszy plan schyłkowe objawy ze strony zwyrodniałego mięśnia sercowego.

Pomiędzy chorobami narządu krążenia w 32·8% stwierdzono zwyrodnienie mięśnia sercowego: w 27·9% wady zastawkowe, w następstwie przebytego zapalenia wsierdzia; w 25·1% przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego, a w 13·9% zmiany miażdżycowe w tętnicach. Największą śmiertelność, 47·2%, okazywali chorzy, dotknięci zapaleniem przewlekłem mięśnia sercowego; w 43·7% nastąpiło zejście śmiertelne w przypadkach wad zastawkowych; w 11·7% w przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego w następstwie rozedmy płuc, a w 7·5% w przypadkach miażdżycy tętnic.

III. Choroby przewodu pokarmowego. Z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego leczono chorych 6 (2 m. 8 k.); nieżytu żołądka 37 (8 m. 29 k.); wrzodu okrągłego żołądka 28 (21 m. 7 k.); niedrożności jelit 1 (— m. 1 k.); zapalenia gruźliczego otrzewnej 18 (2 m. 16 k.); marskości wątroby 11 (6 m. 5 k.); kamicy żółciowej 20 (10 m. 10 k.); nowotworów 69 (37 m. 32 kobiet).

Największy odsetek stanowili chorzy dotknięci sprawą nowotworową, bo 36·3%; w 19·4% stwierdzono nieżyt żołądka, w 14·7% wrzód okrągły żołądka; w 10·5% kamicę żółciową; w 9·4% zapalenie gruźlicze otrzewnej; w 5·7% marskość wątroby; w 3·1% zapalenie wyrostka robaczkowego; w 0·5% niedrożność jelit. Podnieść należy, iż raka żołądka stwierdzono w 54 przypadkach (26 m. 28 k.), a wrzód okrągły żołądka w 28 przypadkach (21 m. 7 k.), co odpowiada stosunkowi 2:1. Również na uwagę zasługuje okoliczność, iż przypadki kamicy wątrobowej spostrzegano na równi u mężczyzn i u kobiet (10 m. 10 k.), gdy zazwyczaj schorzenie to częściej zwykło występować u kobiet.

IV. Choroby układu nerwowego. Na ogólną ilość 78 chorych stwierdzono:

U 5 chorych (4 m. 1 k.) wybroczynę mózgową, 3 (— m. 3 k.) wiąd rdzenia, 3 (2 m. 1 k.) zapalenie rdzenia, 32 (10 m. 22 k.) rozmiękninenie mózgu, 27 (8 m. 19 k.) zapalenie przewlekłe nerwów obwodowych, 7 (— m. 7 k.) histeryę i w jednym przypadku u mężczyzny: padaczkę. Największy odsetek przypada na chorych, dotkniętych rozmiękninieniem mózgu, u których w przeważnej części można było wykazać przebytą kiłę, bo 41·02%; 34·5% stanowiło zapalenie przewlekłe nerwów obwodowych na tle gośćcowem, 8·9% histerya; 6·4% wybroczyny mózgowe na tle miażdżycy naczyń krwionośnych; 3·8% na równi wiąd rdzenia i zapalenie urazowe rdzenia; 1·2% padaczka.

V. Zapalenie przewlekłe nerek wraz z następową puchliną leczono u 77 chorych (41 m. 36 k.); zejście śmiertelne nastąpiło w 12 przypadkach (6 m. 6 k.), t. j. 15·5%.

VI. Choroby zakaźne, uwzględniając gruźlicę, stanowiły największy kontygent chorych leczonych na oddziale w r. 1912, gdyż odsetek ich wynosił 50·5% ogólnej ilości przypadków spostrzeganych. Poszczególnie pozostawało w leczeniu: z powodu grypy chorych 168 (80 m. 88 k.), zapalenia płuc 60 (25 m. 35 k.), gośćca stawowego ostrego 88 (34 m. 47 k.), duru brzusznego 52 (19 m. 33 k.), posocznicy 13 (— m. 13 k.), zapalenia nagminnego opon mózgowordzeniowych 3 (— m. 3 k.), zatrucia jadem kiełbasianym 6 (2 m. 4 k.), zimnicy 6 (4 m. 2 k.), gruźlicy 530 (257 m. 273 k.).

Na gruźlicę przypada w tym dziale chorób odsetek 57·6%. Sprawa chorobowa zajmowała przeważnie narząd oddechowy i trawienia (95·6%); w 4·4% przypadków zajęte były gruźlicą błony surowicze i gruczoły chłonne. Śmiertelność wynosiła 17·5%.

Grypę stwierdzono w 18·3% chorób zakaźnych, a odsetek śmiertelności ograniczył się do 1·6%. Wogóle charakter grypy nie był złośliwy. W 16·08% przypadków zauważono w przebiegu grypy jako powikłanie zapalenie płuc, które zawsze, z wyjątkiem jednego przypadku, kończyło się pomyślnie. Gościec stawowy zajmował trzecie miejsce między chorobami zakaźnemi, gdyż odsetek wynosił 8·8%. Pomimo różnorodnego tła zakaźnego, co się objawiało różnorodnem zachowaniem się chorych ze względu na stosowane lekowanie, i przeważnie ciężkiego nasilenia sprawy chorobowej, w żadnym przypadku nie nastąpiło zejście śmiertelne, lecz wszyscy chorzy wyzdrowieli. Zapalenie płuc włóknikowe stanowiło 6·5% chorób zakaźnych. Śmiertelność była dość znaczna, co odnieść należy — jak to już zaznaczyłem przy chorobach narządu oddechowego — z jednej strony do charakteru złośliwego (genius morbi), a z drugiej strony do okoliczności, iż chorzy zgłaszali się zbyt późno do szpitala, skoro sprawa chorobowa była już daleko posunięta i serce już nie domagało. Dur brzuszny zauważono w 5·6% przypadków, a śmiertelność z powodu duru brzusznego wynosiła 21·1%. I tu również przyczynę tak znacznej śmiertelności należy odnieść do późnego okresu chorobowego, w którym chorych przywożono do szpitala. Niemniej zauważono niejednokrotnie, iż chorzy na dur brzuszny po odbyciu dłuższej drogi kołowej i na trzęsącym wózku ulegali zejściu śmiertelnemu z powodu porażenia serca, a nie innych powikłań. Posocznicę w następstwie zakażenia połogowego leczono w 1·4% chorób zakaźnych; odsetek śmiertelności wynosił 23·07%. I tu wszystkie przypadki, zakończone niepomyślnie, wydarzyły się u kobiet, u których sprawa chorobowa dłużej trwała i które dość późno poddały się leczeniu szpitalnemu. W 0·6% ogólnej cyfry chorób zakaźnych stwierdzono zimnicę i zatrucie jadem kiełbasianym; wszyscy chorzy ozdrowieli. W zakażeniu zimniczem przeważały pasorzyty właściwe ciężkim postaciom tejże choroby (czwartaczce). Odsetek chorych na zapalenie nagminne opon mózgowordzeniowych wynosił 0·3; wszystkie 3 kobiety, pochodzące ze Zwierzyńca i Ludwinowa pod Krakowem, wyzdrowiały. W płynie mózgowordzeniowym, uzyskanym przez nakłucie lędźwiowe, stwierdzono meningokoki Weichselbauma.

VIII. Z powodu zatrucia leczono w r. 1912 na oddziale 11 chorych (1 m. 10 k.). W 5 przypadkach (1 m. 4 k.) stwierdzono ostre zatrucie wyskokiem; zresztą zatrucia były wynikiem zamachów samobójczych i dotyczyły osobników żeńskich. I tak leczono w pojedynczych przypadkach z powodu zatrucia nastojem jodowym, weronalem, morfiną, fosforem, a w 2 przypadkach z powodu zatrucia sublimatem. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. W przypadku zatrucia weronalem chora zażyła 10 gm. tegoż leku nasennego.

IX. Z powodu tasiemca pozostawało w leczeniu 7 chorych (5 m. 2 k.).

X. Choroby krwi, nieprawidłowej przemiany materyi i gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu spostrzegano u 68 chorych (16 m. 52 k.). U 51 chorych (10 m. 41 k.) stwierdzono objawy ciężkiej niedokrwistości (75%); u 4 chorych (4 k.) niedokrwistość złośliwą swoistą (5·8%), u 3 kobiet (4·4%) skazę krwotoczną, u 6 chorych (3 m. 3 k.) cukrzycę, u 4 kobiet chorobę Basedowa (5·8%).

XI. Nowotwory.

W 85 przypadkach (46 m. 39 k.) stwierdzono sprawę nowotworową, a mianowicie: raka żołądka u 54 chorych (26 m. 28 k.), odbytnicy u 2 chorych (2 m. — k.), przełyku u 12 chorych (8 m. 4 k.), wątroby u 1 chorego (—1 k.), sutka u 3 chorych (—3 k.), macicy u 10 chorych (—10 k.), mięsaka śródpiersia u 3 chorych (3 m. — k.).

Największy odsetek stanowił rak żołądka (63·5%), następnie rak przełyku (14·1%) i rak macicy (11·8%), znacznie mniejszy rak sutka (3·5%), odbytnicy (2·3%), wątroby (1·2%). Raka żołądka prawie na równi spostrzegano u mężczyzn i kobiet.

Podobnie jak w latach ubiegłych starano się w każdym ważniejszym przypadku wyzyskać materyał ze stanowiska klinicznego i naukowego. W tym celu wykonywano rozliczne rozbiory krwi, moczu, kału, wydzielin i wydalin — tudzież odpowiednie badania serologiczne, jak również stosowano najnowsze środki lecznicze. W przypadkach rozpoznawczo wątpliwych ucie-

kano się do prześwietlania promieniami Röntgena w Zakładzie rentgenologicznym Szpitala św. Łazarza, pozostającym pod kierunkiem Dr Korabczyńskiej. To też ruch naukowy na oddziale był wcale ożywiony, jak to wykazują prace ogłoszone w czasopismach i rocznikach lekarskich naukowych. Ogół ich przedstawia się następująco: 1) Dr Maryan Godlewski: »O rzekomo mocznicowej postaci zapalenia opon mózgowordzeniowych, oraz o t. z. meningizmie«. Rzecz wykonana w r. 1912, a ogłoszona w Przeglądzie lekarskim Nr 2, 3, 4 r. 1913. 2) Dr Adam Kramarzyński: Przyczynek do nauki o szerzeniu się duru brzusznego. Przegl. lek. 1912 Nr 4. 3) Dr Antoni Krokiewicz: Beitrag zur Lehre von den Thoraxgeschwulsten. Klin. therap. Woch. 1912 Nr. 13. 4) Tenże: Z dziedziny badań nad rakiem. Przegląd lek. 1912 Nr 1 i 2. 5) Tenże: Aus dem Gebiete der Krebsforschung. Wien. kl. Woch. 1912, Nr 7. 6) Tenże: Autohaemotherapie u. Krebskranke, Wien. klin. Woch. 1912, Nr 35. 7) Tenże: Autohemoterapia a raki. Rocznik lekarski, 1912. 8) Dr Stanisław Skudro: Zachowanie się leukocytozy w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego. Rocznik lekarski 1912. 9) Dr Ksawery Walter: O adalinie. Przegl. lek. 1912, Nr 10. 10) Tenże: Ueber die Wirkung des Adalins. Wien. kl. Woch. 1912, Nr 20.

Zarówno, jak w latach ubiegłych, stosowano na oddziale u chorych na gruźlicę bezpłatne leczenie ambulatoryjne według metody, ogłoszonej przezemnie w rozprawie: »Moje wyniki leczenia gruźlicy« (Nowiny lekarskie 1909, Nr 10 i Klin. therap. Wochenschr. 1909, Nr 41). Z zadowoleniem podnieść należy, iż liczba chorych leczonych ambulatoryjnie ciągle wzrasta; w ostatnich czasach dochodziła do 50.

Przechodząc do stosunków urządzenia oddziału szpitalnego, z prawdziwem rozgoryczeniem zaznaczyć trzeba, iż nietylko nic się nie zmieniło na lepsze, ale wręcz przeciwnie, coraz gorsze warunki tak dla chorych jak i dla lekarzy oddziałowych się wyłaniają. Gdy dawniej rokrocznie przynajmniej starano się odświeżyć i poniekąd odczyścić oddział przez zapokostowanie podłóg i okien, obielenie i odmalowanie sal, w których chorzy są pomieszczeni, obecnie od 2 lat nawet i tego się nie wykonuje. Wydział krajowy obiecuje przebudowę oddziału, — ba nawet już plany od 2 lat są wypracowane, ale urzeczywistnienie tego pozostaje w krainie tylko złudnej obietnicy. Że takie stosunki bardzo szkodliwie oddziałują na ogół chorych i mogą być nieobliczalne w następstwach, łatwo zrozumieć. A sprawa ta tem większego nabiera znaczenia, skoro pomimo uchwały Sejmu z dnia 14. lutego 1912 roku, poruczającej Wydziałowi krajowemu rozpoczęcie rekonstrukcyi pawilonów w r. 1913 — w ostatnich czasach kwota przeznaczona na adaptacye w krajowym Szpitalu Św. Łazarza została z budżetu wykreślona. Tak więc budowa, a raczej przebudowa pawilonów wewnętrznych zdaje się znów być odłożoną: »ad calendas graecas«.

A jednak jest już dawno najwyższy czas, aby złemu zaradzić.

Jak to już w r. 1907 (Przegląd lek.) przedstawiłem, chorzy są pomieszczeni na moim oddziale wbrew wszelkim zasadom higieny — i dziwić się trzeba, iż coś podobnego może istnieć w kraju cywilizowanym w XX. stuleciu. Wskutek szczupłości miejsca, a znacznego ruchu chorych częstokroć się wydarza, iż chorzy muszą leżeć na sali nie na łóżkach, ale na siennikach dodatkowych, a temsamem częstokroć na sali, przeznaczonej dla 18 chorych, znajduje się 23 i więcej. Chociaż sale chorych na oko są dość obszerne i wysokie, to jednak powietrze w nich jest zatrute kwasem węglowym wskutek braku wszelkich urządzeń wentylacyjnych już w zwykłych warunkach, a cóż dopiero przy nadliczbowej ilości chorych. Toteż jest rzeczywiście nie do uwierzenia, aby w Szpitalu krajowym na oddziale chorych, którzy wysoko gorączkują i częstokroć się zanieczyszczają przez mimowolne oddawanie moczu i kału, nie było żadnych urządzeń wentylacyjnych, a odwietrzanie odbywało się w sposób najprostszy przez otwieranie na oścież drzwi i okien. Jeśli zaś ten jedyny sposób odświeżania powietrza na sali w ciągu dnia może być stosowany — chociaż ze szkodą dla chorych, którzy naówczas łatwo się przeziębiają, — to w nocy jest on już zupełnie niemożliwy do przeprowadzenia, wskutek czego chorzy muszą około 10 godzin oddychać powietrzem nad wyraz zepsutem. A cóż dopiero, jeśli na sali tej znajduje się chory ze zgorzelą płuc lub cuchnącą odleżyną zgorzelinową, albo chora z rozpadającym się rakiem macicy? Wówczas już nietylko to ciężkie i gęste powietrze, ale i woń smrodliwa oddziałują na chorych. I nieraz się wydarza, iż pomimo niepogody i mrozów gromadnie opuszczają oni salę i pozostają na korytarzach chłodnych, drżąc od zimna, gdyż przekładają naówczas możność oddychania czystszem powietrzem nad ciepłe i wcale wygodne łóżko.

Nieprawidłowy skład powietrza na sali wskutek braku wentylatorów oddziałuje szkodliwie i na lekarzy i na personal służbowy. Pomimo, iż przed każdą wizytą ranną codziennie muszą być okna i drzwi otwarte na oścież przez 2 godziny, aby w ten sposób odwietrzyć salę i umożliwić odprawianie wizyty lekarskiej, to jednak wkrótce po zamknięciu okien powietrze staje się w salach dusznem i każdy z lekarzy jużto rychlej jużto później doznaje uczucia znużenia i zawrotów głowy. Zupełnie bez przesady zaznaczamy, iż każda godzina zajęcia na oddziale chorób wewnętrznych w Szpitalu św. Łazarza w obecnych warunkach wyczerpuje lekarza na równi z trzechgodzinną pracą zawodową poza szpitalem. Toteż lekarze oddziałowi dość często zapadają na zdrowiu, zwłaszcza mniej odporni i wątlejszej budowy, a nawet ulegają ciężkim schorzeniom. Zawsze niezapomniani pozostaną sekundaryusze oddziałowi ś. p. Dr Alfred Albinowski i Dr Seweryn Piotrowski, którzy w znacznej części pełnienie swych obowiązków szpitalnych przypłacili życiem. Obaj gorliwi i sumienni pracownicy zmarli z powodu gruźlicy, której się nabawili według wszelkiego prawdopodobieństwa tylko w szpitalu. Tożsamo długoletni posługacz szpitalny ś. p. Biskup, który był przeznaczony do pielęgnowania chorych gruźliczych, okupił swoją pracę w szpitalu zejściem śmiertelnem z powodu gruźlicy.

Te nad wyraz smutne stosunki higieniczne na oddziale, wynikające z ciasnoty i braku należytego odświeżania powietrza, zyskały jaskrawy dowód w tegorocznej epidemii płonicy o charakterze t. z. »scarlatina nosocomialis«.

Dnia 23. I. b. r. o godzinie 8. wieczorem został przyjęty na oddział Ludwik Drabczyk, lat 20 liczący, służący z internatu dla uczniów c. k. Seminaryum nauczycielskiego, pomieszczonego przy ulicy Karmelickiej Nr 41, z rozpoznaniem: »angina«. Badanie na drugi dzień rano wykazało płonicę z wysypką po całem ciele, wobec czego zarządzono bezzwłocznie przeniesienie chorego na oddział chorób zakaźnych, a na sali odpowiednią dezynfekcyę.

Dnia 27. I. b. r. przyjęto z tegoż samego środowiska na zlecenie miejscowego lekarza ordynującego ucznia Stanisława Giemzę, liczącego lat 15, z rozpoznaniem: »angina follicularis«. U chorego tego na drugi dzień stwierdzono ropień migdałka lewego (abscessus tonsillae) bez śladów jakiejkolwiek osutki. Chory został pomieszczony w tej samej sali, w której poprzednio leżał Ludwik Drabczyk, i po 3 dniach znajdował się w okresie ozdrowienia; pomimo to jednak dla wszelkiej ostrożności pozostawał w dalszej obserwacyi klinicznej. Zarządzenie to okazało się słusznem, gdyż w 10. dniu pobytu w szpitalu, t. j. dnia 7. II, stwierdzono u Giemzy po raz pierwszy objawy ostrego zapalenia nerek w następstwie przebytej utajonej płonicy. Wobec tego przeniesiono chorego na oddział chorób zakaźnych, a na sali zarządzono ponowną dezynfekcyę. Nazajutrz, t. j. 8. II, przywieziono karetką pogotowia ratunkowego na oddział rodzinę Ellers-Hofmajerów, zatrutą weronalem. Ojca i dwóch synów ($1^1/_2$ i 8 lat liczących) umieszczono znów na tej sali, w której dwukrotnie z powodu płonicy dokonana została dezynfekcya, przyczem obaj chłopcy leżeli w sąsiedztwie miejsc (łożek usuniętych), na których poprzednio znajdowali się chorzy na płonicę; resztę rodziny, t. j. matkę i 6-letnią córeczkę, pomieszczono na tymże oddziale w pawilonie kobiet. Dnia 12. II, chłopiec ośmioletni, który od 3 dni był zupełnie zdrów, dostaje pod wieczór wymiotów, a nazajutrz gorączki 40° C i charakterystycznej osutki płoniczej. Wobec tego znów przeniesiono go na oddział chorób zakaźnych, a na sali po raz trzeci dokonano dezynfekcyi. Chłopiec zmarł w 3 dni na oddziale chorób zakaźnych z powodu płonicy. Następnie w 15 dni, t. j. 27. II zachorowuje na płonicę na tej samej sali drugie dziecko Ellersów, $1^1/_2$ roku liczące i zostaje przeniesione na oddział chorób zakaźnych; na sali zaś poraz czwarty zarządzono dezynfekcyę i opróżniono salę z chorych wszystkich. Na tem ograniczyła się ta epidemia szpitalna płonicy, która bezsprzecznie z powodu braku wentylacyi i szczupłości miejsca dla pomieszczenia chorych nie mogła być odrazu stłumioną, — okupiona życiem jednej niewinnej ofiary.

W celu wykazania, jakiem powietrzem oddychają chorzy na salach oddziału I. B. chorób wewnętrznych, zwróciłem się do Prof. Bujwida z prośbą, aby przeprowadził badania co do zawartej w powietrzu na salach ilości bakteryi i kwasu węglowego (CO_2). Prof. Bujwid z całą gotowością uczynił zadość mej prośbie i dnia 12. III. o godzinie 11 w nocy w mej obecności roz-

począł badania, a ukończył je w dniu 24. III. b. r. Wynik ostateczny przedstawia się dosłownie następująco:

C. k. Zakład higieny Uniw. Jagiel. w Krakowie, L. 27. z dnia 24. III. 1913.

»Badanie powietrza w salach męskich i kobiecych oddziału p. prymaryusza Dra Krokiewicza wykonane zostało przez podpisanego przy udziale asystentów Zakładu Dr Krawczyńskiego i p. Celarka, oraz częściowo w nocy podczas dyżuru przez p. Dr Kragenównę od 12. III.—18. III. Ilość bakteryi w pyle jest nieznacznie tylko powiększona, dzięki wzorowo utrzymywanej na salach czystości podłóg i sprzętów.

Ilość bezwodnika kwasu węglowego jest wszędzie powiększona. W godzinach rannych podczas silnego wietrzenia ilość CO_2 jest miernie zwiększona od 0·7—0·8 p. m. Natomiast przy zamkniętych oknach już o godzinie 11 w nocy ilość CO_2 wzrasta do 1—1$^3/_4$ p. m., t. j. wynosi 2—3 razy więcej, niż w powietrzu normalnem; zaś w nocy o godzinie 3 powietrze na salach jest tak zużyte, że zawartość CO_2 dochodzi od 2—4 p. m., t. j. przekracza prawie 8—9(!) razy ilość znajdującą się w powietrzu normalnem. Dowodzi to, że ciasnota na salach jest zbyt wielką, aby można ją pogodzić z potrzebami chorych. Dodać należy, że po wejściu na salę odczuwa się przykry zapach, właściwy zbytniemu nagromadzeniu chorych, prawie nieznośny dla człowieka wchodzącego do sali. Brak wentylacyi daje się dotkliwie odczuć.

Prof. Odo Bujwid«.

Tyle Prof. Bujwid. Z naszej strony wszelkie wyjaśnienia zbyteczne. Możemy tylko uczynić skromną uwagę, czy godziwem jest, aby chorzy pozostawali w takich warunkach, w których ludzie zdrowi mogą uledz zagładzie?

Na równi z brakiem wentylacyi daje się odczuwać brak odpowiednich klozetów na salach i wadliwe pomieszczenie miejsc ustępowych. Klozety na sali, przeznaczone dla użytku ciężko chorych, nie są należycie uszczelnione i przedstawiają najbardziej proste urządzenia. To też woń z nich rozchodząca się bardzo dotkliwie nieraz daje się we znaki. Wręcz szkodliwie dla chorych przedstawiają się warunki pomieszczenia miejsc ustępowych, które znajdują się w znaczniejszem oddaleniu i do których chorzy muszą przechodzić przez chłodne korytarze i przez to narażać się na niebezpieczeństwo przeziębienia się. Dla uzupełnienia całego obrazu należy nadmienić, iż w miejscach ustępowych nieraz przecieka kał po ścianach.

Niemniej dotkliwie daje się odczuwać brak łazienki na oddziale. Chorzy, przychodzący do szpitala, znajdują się przeważnie w stanie znacznego zaniedbania i muszą być obmyci i oczyszczeni, zanim można ich położyć do łóżka. To mycie i odczyszczanie chorych odbywa się również w warunkach najbardziej niekorzystnych, bo zazwyczaj w ciasnej oddziałowej kuchence. Z jakiemi to trudnościami jest połączone, może osądzić tylko ten, który był świadkiem całej tej czynności. Wobec braku łazienki na oddziale wyłączone jest stosowanie wszelkich zabiegów wodoleczniczych, wskazanych w wielu chorobach zakaźnych gorączkowych, jak również gruntowne oczyszczenie przez kąpiel chorego, skoro on opuszcza szpital. A przecież kąpiel dla odrażenia ozdrowieńca po przebytej chorobie zakaźnej jest w każdym przypadku — jeśli nie konieczną — to bardzo wskazaną i pożądaną.

Sprawa żywienia chorych należycie została omówiona w ostatnich czasach przez Prof. Ciechanowskiego. Zgodnie z temi zapatrywaniami należy z naciskiem zaznaczyć, iż wskazanem jest podawanie chorym jedzenia w pewnych ustalonych i jednostajnie rozłożonych porach dnia, obecnie bowiem przerwa pomiędzy ostatnim posiłkiem jednego dnia około godziny 5 wieczorem, a pierwszym posiłkiem około godziny 7 rano dnia następnego, jest zbyt długa, bo wynosi prawie 15 godzin. Toż samo należałoby znieść gotowanie na parze, gdyż potrawy naówczas, sporządzane zresztą z materyałów bezsprzecznie pierwszej jakości, nie byłyby oślizłe, a tem samem dla niejednego chorego — jeśli nie zaraz, to po kilku dniach — wstrętne do użycia.

Dotkliwie odczuwać się daje brak wykształconej służby na oddziale. W tym jednak kierunku można się spodziewać w niedalekiej przyszłości korzystniejszych stosunków, skoro zawodowa szkoła pielęgniarek dostarczy odpowiedniego materyału.

Jednym z najbardziej piekących niedostatków, zajmującym drugie miejsce w nieprawidłowych stosunkach na oddziale — jest niedostateczna ilość lekarzy. Wobec tak wzmożonego ruchu chorych i 110 łóżek koniecznie potrzeba, aby conajmniej stale 6 lekarzy się na oddziale znajdowało, t. j. po 3 u mężczyzn i kobiet. W ten tylko sposób przy rozdzieleniu równomiernem pracy mogą być chorzy należycie zbadani i obsłużeni, a prawidłowy tok czynności na oddziale zapewniony. Wobec dzisiejszych wymogów nauki, gdzie w każdym ważniejszym przypadku musi być przeprowadzone badanie treści żołądka, kału, plwocin, krwi, odczynów serologicznych, a niekiedy i prześwietlanie promieniami Röntgena (nie mówiąc o badaniu moczu w każdym przypadku) przy podanej ilości lekarzy zaledwie można sprostać temu zadaniu. Również należy pamiętać, iż w każdym ważniejszym przypadku w razie zejścia śmiertelnego zastrzega się sekcyę i lekarze oddziałowi muszą być obecni przy niej, co też dzieje się kosztem czynności na oddziale. A sekcyi nie mogą lekarze pomijać, gdyż tylko przez sekcyę, t. j. przez epikryzę anatomiczną właściwie zawodowo się kształcą i nabierają zapału do dokładniejszego spostrzegania chorego. Przy każdej mniejszej ilości lekarzy na oddziale zbadanie chorego w tak niepomyślnych warunkach higienicznych jest wprost fizycznie niemożliwe, a lekarze, ograniczając się do zbyt powierzchownego badania chorych, nie mogliby się wykształcić i przyswoić ścisłości i sumienności, koniecznej dla należytego wykonywania swego zawodu w przyszłości. To też wskazanem jest, aby Wydział krajowy powiększył etat lekarzy na oddziale, jeśli żąda, aby ustawa obowiązująca lekarzy szpitalnych mogła być należycie wypełnioną. W przeciwnym razie Wydział krajowy przyczynia się pośrednio poniekąd do obniżenia poczucia zawodowego u lekarzy, gdyż niemożliwość wypełnienia ustawy stanowi do tego pierwszy krok.

Również koniecznem jest dla zapewnienia równomiernej czynności lekarzy na oddziale, aby byli zwolnieni od pełnienia dyżurów na sali przyjęć, gdyż przez to odpada siła lekarska na ten dzień na oddziale. W ostatnich czasach stosunki w tym kierunku znacznie się pogorszyły, zwłaszcza, odkąd nastąpiła reorganizacya dyżurów, i częstokroć na oddziale jeden tyko lekarz jest czynny u kobiet lub mężczyzn. Wskutek zaprowadzenia zmiany w regulaminie dyżurów, w przeciągu sześciu tygodni (od 1. II. do 15. III.) brakowało na oddziale 26 razy jednego lekarza podczas rannej wizyty. Jest to zbyt znaczne uszczuplenie i tak już niedostatecznej ilości lekarzy, a tem samem i ograniczenie czynności lekarskiej zawodowej i wobec tego muszą się wytworzyć stosunki niekorzystne dla szpitala. Codzienne doświadczenie poucza, iż obecnie coraz więcej lekarzy stroni od szpitala św. Łazarza i wstępuje na praktykę do szpitali wiedeńskich, — nie dla braku materyału klinicznego, lecz dla niekorzystnych warunków służbowych i dla niehigienicznych pod każdym względem stosunków miejscowych. Bo nawet i w tej kancelaryjce oddziałowej, przeznaczonej do załatwienia czynności administracyjnych, wykonywania rozbiorów wszelkiego rodzaju i mikroskopowania jest tak ciasno i duszno, że wszelka praca napotyka na trudności.

Oprócz ustalenia w podanym stosunku ilości lekarzy na oddziale I. B. bardzo byłoby pożądanem, aby w sali przyjęcia pełnili dyżury lekarze, do tego ukwalifikowani, doświadczeńsi. W ten sposób uniknęłoby się nieraz tak przykrych wydarzeń, jak zawleczenie płonicy na oddział chorób wewnętrznych, a i przyjmowany materyał byłby bardziej ukwalifikowany.

Tak się przedstawiają w świetle rzeczywistości stosunki na oddziale chorób wewnętrznych I. B. krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie. I mimowoli nasuwa się pytanie, w czem leży przyczyna tego zła?

Nie ulega wątpliwości, iż bardzo ważny czynnik, w grę wchodzący, stanowi ogólny niepomyślny stan finansów w kraju. Jednak nie jest to jedyny powód. Wszak pomimo tego ciężkiego położenia finansowego kraju zawsze się znajdzie jakieś źródło do pokrycia wydatków, ilekroć chodzi o poprawę bytu dla całej rzeszy nauczycieli ludowych, urzędników krajowych, a nawet o ochronę przepisów sanitarno-policyjnych weterynaryjnych. Nieprzezwyciężone trudności tylko wtedy się wyłaniają, gdy chodzi o poprawę stosunków w zakresie szpitalnictwa, czyto ze względu na odpowiednie przystosowanie budynków, czyto ze względu na pomnożenie etatu szpitalnych lekarzy i zabezpieczenie odpowiednię ich bytu. A przecież ci biedni chorzy i tych kilkudziesięciu lekarzy, będących na usługach kraju, zarówno ponosić muszą ciężary podatkowe, jak np. tysiące nauczycieli ludowych lub inni urzędnicy krajowi. W stosunkach, dotyczących Szpitala św. Łazarza, o tyle rzecz ta jeszcze tembardziej jest niewytłumaczona, iż — o ile mi wiadomo — szpital ten ma dość znaczne własne fundusze w postaci legatów i majątków ziemskich. Otóż po bliższem rozpatrzeniu doszliśmy do przekonania, iż właściwa przyczyna leży w niezwykłej obojętności czynników miarodajnych, a mianowicie referenta sejmowego dla szpitali krakowskich i posłów miasta Krakowa. Przykre do uwierzenia, a jednak prawdziwe, iż pomimo wejścia sprawy Szpitala św. Łazarza na porządek dzienny obrad sejmowych, dotychczas ani wspomniany referent, ani żaden z posłów m. Krakowa nie uznali za stosowne przekonać się osobiście na miejscu o istotnym stanie. W przeciwnym razie sprawa przebudowy pawilonów wewnętrznych byłaby już dziś definitywnie załatwiona. I znów musimy podnieść z prawdziwem rozgoryczeniem, iż coś podobnego tylko w naszem społeczeństwie może się wydarzyć.

Nie możemy zamilczeć, lecz musimy podnieść z najwyższem uznaniem, iż Departament sanitarny Wydziału krajowego niejednokrotnie czynił zabiegi w kierunku poprawy tych smutnych stosunków w Szpitalu św. Łazarza, jak to ze sprawozdań Inspektora krajowych szpitali wynika. Były one jednak zazwyczaj bezskuteczne, gdyż wiele wniosków Departamentu na posiedzeniach Wydziału krajowego zostało przegłosowanych na niekorzyść i upadło. Toteż możeby należało na wzór c. k. Rady zdrowia stworzyć i dla Wydziału krajowego organ doradczy, a wówczas stosunki sanitarne wogóle, a zwłaszcza szpitalnictwa krajowego mogłyby być wprowadzone na odpowiednie tory.

Sprawy sanitarne w Sejmie 1913.

I.

Sprawozdanie Departamentu V. Wydziału krajowego z I. półrocza 1912.

(Dokończenie.)

O szpitalach prowincyonalnych podaje Wydział krajowy Sejmowi w tem sprawozdaniu następujące wnioski i wiadomości, sięgające końca czerwca 1912. Zupełnie już gotowe nowe szpitale w Horodence i Nowym Targu nie mogły być otwarte wskutek braku sankcyi ustaw, nadających tym szpitalom charakter powszechnych i publicznych. Uznano potrzebę szpitala powszechnego w Łańcucie (na prośbę tamtejszego Wydziału powiatowego) i wybrano odpowiedni grunt pod budowę. Również w Dąbrowie ma stanąć nowy szpital. Oprócz tych czterech miast uznana już została potrzeba budowy szpitali w poprzednich latach w 10 innych miejscowościach (Skałat, Trembowla, Rohatyn, Mielec, Zbaraż, Lisko, Chrzanów, Nadwórna, Kamionka, Buczacz [gdzie już zaczęto budowę]), w najbliższych więc latach liczba szpitali z 38 wzrośnie do 52, a odpowiednio do tego zwiększą się też, — na co Wydział krajowy zwraca Sejmowi uwagę — wydatki kraju na leczenie ubogich chorych. Szpital w Nadwórnie, jako przeznaczony głównie do zwalczania kiły, stanąć ma z finansową pomocą rządu, podobnie, jak pawilon dla chorych wenerycznych w Stryju. Wprawdzie rokowania z rządem co do Nadwórnej niezupełnie się ukończyły, jednakże Wydział krajowy postanowił rozpocząć budowę jeszcze w r. 1912, o ile Wydział powiatowy w Nadwórnej także przyczyni się do kosztów.

Z już istniejących szpitali prowincyonalnych, co do trzech, należących obecnie do najgorszych (Bochnia, Jasło, Stanisławów), czyni Wydział krajowy w osobnych sprawozdaniach wnioski bardzo poważne, proponując budowę zupełnie nowych zakładów. Z największem uznaniem należy te wnioski powitać, bo oznaczają one przełomowy zwrot w postępowaniu i ostateczne zerwanie w szpitalach prowincyonalnych z zasadą »łataniny«. Według pierwotnych projektów miał zarówno szpital w Bochni, jak w Stanisławowie, być tylko zrekonstruowany i rozszerzony; na szczęście pomysł ten został teraz stanowczo już pogrzebany. Szpital w Bochni zaprojektowano na 46 łóżek, (w tem 6 dla zakaźnych) kosztem około 300.000 kor., z czego około 100.000 dostarczą Rada powiatowa, gminy powiatu i zysk ze sprzedaży starego szpitala, 100.000 powinno pokryć miasto Bochnia, a 100.000 pokryje kraj pożyczką, umarzalną z taks za leczenie. Również w Jaśle stanąć ma szpital nowy na innem, już upatrzonem miejscu; przeszkody, wynikające z trudności znalezienia odpowiedniego gruntu i niezamożności miasta, udało się pomyślnie usunąć. Nowy szpital ma mieć 60 łóżek, a kosztować 360.000 k.

Wniosek o budowę nowego zupełnie szpitala w Stanisławowie ma doniosłość jeszcze większą, chodzi tu bowiem o szpital w jednem z największych miast prowincyonalnych, już dziś należący do typu szpitali średnich rozmiarów, z kilku oddziałami. (O wyrabianiu się tego typu szpitali w Galicyi pisałem w r. z.). Zanosiło się już zaś na to, że racyonalne rozwiązanie sprawy szpitala Stanisławowskiego przyjdzie uznać za rzecz przepadłą, bo Sejm w r. 1908 uchwalił już był ograniczyć się do budowy paru pawilonów na starym terenie szpitalnym. Teren ten jednak okazał się do tego zupełnie nieprzydatnym, tak jest ciasny, dokupno gruntu w sąsiedztwie okazało się z powodu wysokich cen — niemożliwem; szczęśliwemu zwrotowi sprawy dopomogła ofiarność miasta, które zrazu zachowywało się opornie, ale w końcu nietylko postanowiło odstąpić 5-morgowy teren pod budowę na obwodzie miasta, lecz także pokryć czwartą część kosztów budowy; drugie tyle uchwaliła pokryć Rada powiatowa. Nowy szpital ma objąć 200 łóżek (czy nie projektuje się odrazu zamało?) i kosztować 1,100.000 kor.

Dalej wnosi Wydział krajowy (w osobnem sprawozdaniu) zakupno gruntu w sąsiedztwie szpitala w Białej (30.000 kor.), zawiadamia o ukończonych lub będących w toku drobniejszych adaptacyach i rekonstrukcyach w szeregu szpitali (Bóbrka, Husiatyn, Jarosław, Kołomyja [leżalnia dla chorych na gruźlicę], Kosów, Przemyśl [wodociąg], Sanok, Nowy Sącz, Śniatyn, Tarnów), lub o rozpoczętych w tym względzie badaniach i przygotowaniach (Tarnobrzeg [wodociąg], Zaleszczyki [przebudowa domu administracyjnego, leżalnia dla gruźliczych], Żywiec [wodociąg, kanalizacya]), co najważniejsza zaś, przypomina o swych dawnych wnioskach w sprawie znaczniejszej przebudowy trzech złych szpitali, którychto wniosków Sejm dotąd nie załatwił, lub załatwił niezupełnie. I tak niezałatwiony został wcale wniosek o budowę pawilonu zakaźnego i przebudowę starych gmachów w Drohobyczu, ani wniosek o budowę nowego szpitala w Podhajcach, gdzie w r. 1912 znowu powódź zalała cały szpital i musiano opróżnić bezzwłocznie cały parter zakładu. W Przemyślanach zaś uchwalił wprawdzie Sejm przebudować szpital (jeden z najgorszych w kraju) kosztem 117.539 kor., ale nie załatwił pety-

cyi tamtejszego Wydziału powiatowego o zezwolenie na pożyczkę w tym celu; wobec fatalnego stanu budynku musiano przedsięwziąć naprawy tymczasowe, (co oczywiście jest wydatkiem bezpowrotnie straconym).

Na drugiem miejscu przedstawia Wydział krajowy Sejmowi sprawy okręgów sanitarnych. W osobnem sprawozdaniu (z d. 24. VIII. 1912) zawiadamia o utworzeniu w r. 1911 i 1912 trzech nowych okręgów, z których dwa były już przez Sejm w r. 1910 uchwalone, oraz o tem, że z istniejących obecnie 189 okręgów wakuje 48, czemu jednak ma nadzieję zaradzić przez przygodne podwyższanie poborów w okręgach gorzej dotowanych, — a wreszcie wnosi utworzenie w r. 1913 dalszych dwunastu okręgów w 8 powiatach (Bochnia, Buczacz, Dąbrowa, Jarosław, Kolbuszowa, Myślenice, Podhajce, Żółkiew). Prócz tego zawiadamia Wydział krajowy o wliczeniu kilku lekarzom do emerytury lat służby z czasu przed wejściem ustawy emerytalnej w życie, oraz porusza sprawę podwyższenia wogóle poborów lekarzy okręgowych. W tym względzie nie wnosi jednak Wydział krajowy (niestety) nic konkretnego, usprawiedliwiając się tem, że petycye, wniesione w tej sprawie przez kilkudziesięciu lekarzy okręgowych zosobna, niezmiernie różnią się między sobą co do postulatów (i tak np. jedni proszą o podwyższenie tylko płacy, inni tylko ryczałtu na objazdy, jeszcze inni o jedno i drugie, albo prócz tego także o pięciolecia, w jednych podaniach oznaczono wysokość podwyżki, w innych nic i t. p.) i że »Związek lekarzy okręgowych, który miał postulaty jednolicie sformułować, dotychczas tego nie uczynił«. (Takie ociąganie się organizacyi lekarzy okręgowych we własnych interesach jest istotnie zdumiewające, a w każdym razie sprawia wrażenie przykrzejsze, niż nawet fakt, że Wydziały powiatowe w Mielcu i Wieliczce nie poparły petycyi swych lekarzy okręgowych). Ze swej strony starał się Wydział krajowy zebrać materyał (zaludnienie, stosunki komunikacyjne i inne warunki w poszczególnych okręgach) do projektu regulacyi poborów lekarzy okręgowych (i w połowie r. 1912 miał go już w ręku, ale i tak wniosków nie przygotował).

Z wielką ciekawością czyta się trzeci dział sprawozdania, zatytułowany »Sprawy ogólne«, w nim bowiem oczekuje się zestawienia wszystkich spraw sanitarnych, stanowiących zadanie władz autonomicznych krajowych. Spraw tych obecnie przybyło wiele, agendy kraju na tem polu szybko rosną. Byłoby rzeczą pożądaną, aby Departament sanitarny Wydziału krajowego przedstawiał je Sejmowi w zakresie całkowitym i omawiał w swych sprawozdaniach nietylko te sprawy, które załatwił, ale i te, które wyłaniają się na horyzoncie, choćby się nawet Wydział krajowy niemi dokładniej nie mógł jeszcze zająć. W tym kierunku nie były poprzednie sprawozdania Dep. V. wolne od braków, które nawet Komisya sanitarna Sejmu uznała za wskazane wytknąć. Sprawozdanie, które omawiamy, przynosi w tym względzie pewną już, choć niecałkowitą, poprawę; mianowicie już nie pomija ono, jak dawniej, postulatów w Sejmie podniesionych, ale przez Wydział krajowy nierozpatrywanych lub niezałatwionych, nie wspomina jednak nic o zadaniach, w Sejmie dotąd nieporuszanych, a któremi przecież należałoby się zająć i uwagę Sejmu na nie zwrócić. Na inicyatywę sejmowej Komisyi sanitarnej, w ostatnich sesyach niewątpliwie bardzo znaczną, nie należałoby wszystkiego przerzucać; wszak komisya ta składa się przeważnie z laików, zbiera się przygodnie w czasie sesyi sejmowej, i to na krótko. Tymczasem Departament sanitarny Wydziału krajowego może całością zadań społeczno-higienicznych kraju zajmować się stale i niejako fachowo, bo może w miarę potrzeby zaangażować do swych biur odpowiednich specyalnych pracowników, może zwoływać ankiety ze znawców i t. p. (Wszak już przed kilku laty podniesiono w Sejmie postulat, aby Wydział krajowy urządził ankietę ogólno-sanitarną, co dotychczas nie nastąpiło). Jednem słowem pragnęłoby się widzieć tutaj Wydział krajowy w roli przodowniczej.

W sprawozdaniu Dep. V. Wydziału krajowego na pierwszem miejscu »spraw ogólnych« umieszczono zwalczanie gruźlicy. Idąc za wskazówkami ankiety, zwołanej przez siebie w r. 1909, rozpoczął Wydział krajowy organizacyę leczenia gruźlicy w szpitalach powszechnych. W tym celu »udziela lekarzom stypendyów dla zapoznania się z najnowszemi metodami leczenia tej choroby, uwzględnia przy budowie nowych i rekonstrukcyi starych szpitali potrzebę odpowiednich leżalni, nadto zaś popiera w miarę możności finansowej kraju akcyę organizacyi prywatnych, zajmujących się zwalczaniem i leczeniem gruźlicy«, a mianowicie dla Towarzystwa walki z gruźlicą wstawił w budżet na r. 1913 oprócz stałej subwencyi, 2000 kor. na budowę drugiego baraku w Hołosku, podwyższył zasiłki na leczenie się dla nauczycielstwa i uczącej się młodzieży z 15.000 na 22.000 kor., wypłacił pierwszą ratę (2000 k.) z 25.000 kor., przyznanych przez Sejm na rozszerzenie sanatoryum »Bratniej Pomocy« w Zakopanem i subwencyonował Towarzystwo domu zdrowia nauczycielstwa polskiego w Zakopanem i żydowskie Stowarzyszenie »Zdrowie«. (Rozpoczęcie akcyi zwalczania gruźlicy przez kraj należy powitać z radością, chociaż początki te są jeszcze bardzo skromne. Szkoda, że w sprawozdaniu niema wiadomości, ile szpitali posiada już leżalnie, w ilu są one projektowane, ilu lekarzy, dokąd i na jak długo wysłano na studya w zakresie leczenia gruźlicy, i co więcej w zakresie szpitalnego leczenia gruźlicy, oprócz leżalni i wysyłania lekarzy na studya, jest wykonywane lub projektowane. Pożądaną byłaby także wiadomość czy jest w projekcie subwencyonowanie innych jeszcze instytucyi przeciwgruźliczych, jak np. Sanatoryum nauczycielskiego w Szczawnicy, żydowskiego Stowarzyszenia »Nadzieja« tamże, krakowskiego Koła Towarzystwa walki z gruźlicą i t. p.).

W sprawie leczenia matołków w znajdujemy tylko krótką wzmiankę, że »Wydział krajowy nie otrzymał dotąd sprawozdania z c. k. Namiestnictwa«.

Co do zdrojownictwa zaznacza Wydział krajowy swoją »życzliwość i uznanie dla każdej akcyi, zmierzającej do rozwoju i podniesienia« zdrojowisk i uzdrowisk i zapowiada, że będzie popierać usiłowania Związku zdrojowisk i uzdrowisk, dla którego wstawił do budżetu na r. 1913 subwencyę 4000 k. (Nie ma tu jednak żadnej wzmianki, czy przygotowuje się ustanowienie fachowego organu nadzorczego dla zdrojownictwa, które wobec nowej ustawy zdrojowej powinnoby w Wydziale krajowym nastąpić).

Wykonując uchwałę Sejmową z r. 1910 przedstawił Wydział krajowy rządowi (w memoryale, dołączonym do sprawozdania) konieczność pomnożenia liczby członków Naj-

wyższej Rady Zdrowia, powoływanych z Galicyi. (Jak wiadomo, krok ten Wydziału krajowego odniósł skutek w mierze znacznej, chociaż jeszcze niezupełnej).

Na jesień 1912 zapowiada Wydział krajowy zwołanie ankiety w sprawie opieki nad nieuleczalnie umysłowo chorymi. (Nie wiadomo mi, czy ankieta taka się odbyła; dotychczas nie pojawiły się o niej żadne wiadomości publiczne).

Ważną sprawę zmiany normy żywienia w szpitalach (należącą raczej do spraw szpitalnictwa, nie do spraw »ogólnych«, wśród których umieszczono ją w sprawozdaniu) przedstawia Wydział krajowy w słowach następujących: »Zmiana normy żywienia — aczkolwiek w głównych zarysach opracowana — nie została jeszcze ostatecznie załatwiona. Uznając niedostateczność obecnej normy żywienia chorych, zaprowadził Wydział krajowy już w roku sprawozdawczym doraźną poprawę przez dodanie podwieczorków, oraz polepszenie śniadania«. (Z tej krótkiej wzmianki niepodobna ocenić dokładniej, w jakim stopniu nastąpiło polepszenie doraźne, a co ważniejsza, brak w tej wzmiance wszelkich konkretnych danych o wynikach owego dokonanego już opracowania nowej normy żywienia. Publikacya tych wyników jeszcze przed wprowadzeniem nowej normy byłaby bardzo pożądana.

Dalej zawiadamia Wydział krajowy o udziale swym w publikacyi dzieła »Die Irrenpflege in Österreich«, w którem umieszczono opis zakładów krajowych galicyjskich, o przygotowywaniu memoryału w sprawie ustawy o osobach niewłasnowolnych, której projekt rządowy ma wiele usterek, wreszcie o przygotowywanej reorganizacyi służby lekarskiej i regulacyi poborów lekarzy szpitali prowincyonalnych i prymaryuszy szpitali krajowych, do czego materyały są już zebrane.

Zasiłki na podróże naukowe otrzymało w r. 1911/12 czterech tylko lekarzy, których wymieniono imiennie, a mianowicie trzech prymaryuszy, jeden sekundaryusz szpitalny. Wydział krajowy zaznacza, że wszyscy lekarze, korzystający z zasiłków, składają mu ze swych podróży wyczerpujące sprawozdania. (Zdaniem mojem zbyt mało z tych sprawozdań dochodzi do wiadomości publicznej; ale to już nie Wydziału krajowego wina).

W końcu wylicza sprawozdanie szereg petycyi, przekazanych przez Sejm Wydziałowi krajowemu. Wydział krajowy, uwzględniając petycye, przyznał subwencye: Krajowemu Związkowi zdrojowisk, Towarzystwu lekarskiemu lwowskiemu (na budowę domu), lwowskiemu Kołu Towarzystwa walki z gruźlicą (na budowę baraku), Poliklinice lwowskiej i poleca życzliwości Sejmu petycyę Towarzystwa higienicznego we Lwowie o subwencyę na cele I Zjazdu higienistów polskich. Co do stanowiska wobec petycyi Krajowego Związku zdrojowisk o utworzenie Krajowej Rady dla spraw zdrojownictwa i w sprawie podniesienia zdrojowisk pod względem sanitarnym, powołuje się Wydział krajowy na »wzmiankę w ogólnej części sprawozdania« (wzmianka to jednak tylko ogólnikowa o życzliwem stanowisku Wydziału krajowego). Wśród decyzyi odmownych jedna dotyczy podania Towarzystwa »Medyczna hromada« we Lwowie o subwencyę na cele sanitarne, druga podania dwóch prymaryuszy szpitala dziecięcego we Lwowie o stabilizacyę.

W teraźniejszej sesyi sejmowej przedłożyć ma Wydział krajowy jeszcze szereg dalszych sprawozdań i wniosków, których w swoim czasie nie omieszkam podać. Ciechanowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krakowskie Towarzystwo lekarskie odbyło posiedzenia 2. i 9. IV. 1913. Na pierwszem Dr Schlank przedstawił chorą z kliniki ginekologicznej, a inż. Kwiatkowski wygłosił odczyt: »O amfiteatrze u stóp Wawelu«. W dyskusyi zabierali głos prof. Bujwid, Dr Surzycki, prezes Towarzystwa technicznego dyr. Horoszkiewicz, Dr Stahr, prof. Ciechanowski i Dr Janiszewski. Na drugiem posiedzeniu odbył się wykład Dr Nowaczyńskiego: »O leczeniu cukrzycy w pojęciu Noordenowskiem«. W dyskusyi przemawiali Dr Weissglas i prof. Braun.

— Ponieważ zdarza się dość często, że lekarze po ukończeniu studyów rozpoczynają praktykę, nie zgłosiwszy się poprzednio do władzy politycznej (w Krakowie: Magistrat, Miejski Urząd zdrowia), przeto dla uchronienia kolegów od niemiłych następstw przypominamy o obowiązującym w tym względzie przepisie ustawy.

— W kursie dla lekarzy, urządzonym w klinice prof. Jaworskiego, uczestniczyło 14 lekarzy zamiejscowych i miejscowych.

— Zmarły w zeszłym tygodniu w Starym Sączu ś. p. Dr Gawełkiewicz zapisał cały swój majątek na cele publiczne, jakoto: 10.000 Towarzystwu lekarzy galicyjskich na fundusz wdów i sierot, 5000 kor. Towarzystwu popierania nauki polskiej we Lwowie, tyleż na ubogich St. Sącza, dom swój z ogrodem wartości 20.000 kor. na ochronkę, a resztę majątku na stypendya.

— Do Düsseldorfu na mający się odbyć 14—26 kwietnia b. r. kurs dla lekarzy szkolnych wysyła gmina m. Krakowa dwu ze swych lekarzy szkolnych, Dr Jana Landaua sen. i Dr Staszewskiego.

— I. Zjazd higienistów polskich, który miał się odbyć w r. b. we Lwowie, został odłożony na r. 1914.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 16. kwietnia 1913 o godz. 6. wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Sprawa kliniki szpitala dziecięcego. 2) Prof. Lewkowicz: O zaburzeniach odżywiania u niemowląt.